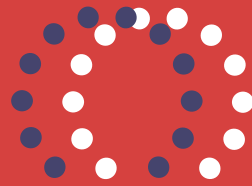


Pirjo Nikkanen

# Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt



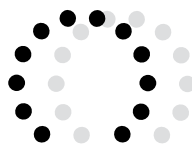
**71/2010**

Sosiaali- ja terveysturvan selosteita



**Pirjo Nikkanen**

## Vaikeavammaisen henkilön kuntoutus- suunnitelman rakentumisen käytännöt



71/2010  
Sosiaali- ja terveysturvan  
selosteita

**Kela** 

**KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2010**

ISBN 978-951-669-825-3 (nid.)

ISBN 978-951-669-826-0 (pdf)

ISSN 1455-0113

Vammalan Kirjapaino Oy  
Sastamala 2010

## SISÄLTÖ

1	Johdanto .....	3
2	Vaikeavammaisten kuntoutus ja sen suunnittelu .....	4
2.1	Vaikeavammaisuus ja kuntoutus .....	4
2.2	Kelan järjestämä vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus .....	5
2.3	Kuntoutuksen suunnittelu .....	6
3	Tutkimustehtävä ja toteutus .....	8
3.1	Tutkimuksen tavoite .....	8
3.2	Tutkimusaineisto .....	9
3.3	Aineiston analysointi .....	10
3.4	Eettiset kysymykset .....	12
4	Kuntoutussuunnitelman rakentumisen mallit .....	12
4.1	Toimintaympäristö ja työntekijät .....	12
4.2	Työmallit .....	13
4.2.1	Lääkärikeskeinen malli .....	13
4.2.2	Työnjakoon perustuva malli .....	16
4.2.3	Ryhmätyöhön perustuva malli .....	18
4.2.4	Välittyneeseen tietoon perustuva ryhmätyön malli .....	20
5	Kuntoutujan asema ja suunnitteluun osallistuminen .....	22
5.1	Kuntoutujan asema kuntoutuksen suunnittelussa .....	22
5.2	Kuntoutuja suunnitelman kohteena ja hyväksyjänä .....	23
5.3	Kuntoutuja oman elämänsä asian-tuntijana ja aktiivisena toimijana .....	26
6	Palveluntuottajan asema kuntoutuksen suunnittelussa .....	28
6.1	Vuorovaikutustavat .....	29
6.2	Palautteen merkitys .....	31
6.3	Palveluntuottajan odotukset .....	34
7	Pohdinta ja kehittämis ehdotukset .....	36
7.1	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi ...	36
7.2	Yhteenveto ja pohdinta .....	36
7.3	Kehittämis ehdotukset .....	41
	Lähteet .....	41
	Liite 1. Kuntoutujan haastattelurunko .....	46
	Liite 2. Kuntoutuksen suunnittelutahon haastattelurunko .....	47
	Liite 3. Palveluntuottajan haastattelurunko .....	49

### Kirjoittaja

Pirjo Nikkanen, VTL, erikoissosiaalityöntekijä  
Kuntoutuskeskus Petrea  
pirjo.nikkanen@petrea.fi

Sarjan julkaisut on hyväksytty  
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittaja ja Kelan tutkimusosasto  
www.kela.fi/tutkimus  
tutkimus@kela.fi

## 1 Johdanto

Kuntoutuksen suunnittelulla ja kuntoutussuunnitelmalla on keskeinen merkitys kuntoutusprosessissa. Kuntoutustarpeen ja -mahdollisuuksien selvittelyn tuloksena syntyvän kuntoutussuunnitelman tarkoitus on hahmottaa ne tavoitteet ja toimenpiteet, joiden pohjalta kuntoutusprosessia lähdetään toteuttamaan (Järvikoski ja Härkäpää 2004, 167). Kuntoutussuunnitelma sekä määrittää kuntoutuksen toimintakenttää että on väline kuntoutuksen toteuttamiseen. Kuntoutussuunnitelmassa tulisi ilmaista kuntoutuksen osapuolten, kuntoutujan ja kuntoutusjärjestelmän, tavoitteet ja keinot kuntoutuksen yleisistä linjoista, ajatukset ja ennusteet kuntoutumisen etenemisestä sekä osapuolten oikeudet ja velvoitteet kuntoutuksen toteutuksessa. (Rissanen 2008, 625.)

Erityisen merkittävä rooli kuntoutuksen suunnittelulla ja kuntoutussuunnitelmalla on silloin, kun kuntoutusta suunnitellaan, päätökset tehdään ja suunnitelma toteutetaan eri organisaatioissa. Monitoimijaisessa järjestelmässä työnjako ja yhteistyö ovat tärkeitä. Kuten kuntoutuksen vaikuttavuusarviossa on todettu, tuloksellisen kuntoutuksen yleisiä piirteitä ovat moniammatillinen työote ja asiakkaan kuntoutukseen osallistuvien tahojen yhteistyö, kuntoutuksen sitominen kuntoutujan ympäristöön ja lähiyhteisöön sekä kuntoutuksen oikea kohdentaminen (Aalto ym. 2002). Kuntoutusjärjestelmän monimutkaisuuden takia suurimmaksi ongelmaksi on muodostunut tiedon saaminen palveluista ja niiden edellytyksistä (Puumalainen 2008, 16).

Vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta hakevan henkilön kuntoutussuunnitelma pitää laatia kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä yhdessä kuntoutujan tai hänen omaisensa tai muun läheisen kanssa (L566/2005). Terveydenhuollon ja kuntoutujan yhdessä tekemä kirjallinen kuntoutussuunnitelma on perusta, jonka perusteella Kela lähtee tekemään päätöksiään (Rissanen 2008, 633). Kuntoutuspalvelujen toteuttajana toimivat taas yksityiset palveluntuottajat.

Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen siirtyi Kelan tehtäväksi vuonna 1991. Kuntoutuksen suunnitteluun liittyviin pulmakohtiin on kiinnitetty huomiota lainmuutoksen alusta lähtien. Kuntoutussuunnitelmien sisällöt on todettu puutteellisiksi, suunnitelmia ei ole kytketty kuntoutujan muuhun palvelutarpeeseen ja kuntoutujien oma osallistuminen suunnitelmien tekemiseen on ollut vähäistä (Kuntoutuksen lakiuudistus Kelan

... 1993). Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen tehtäväjakoa ja yhteistyötä selvittämään asetetut asiantuntijat Kallanranta ja Rissanen (1996) totesivat, että kuntoutussuunnitelmat ovat heikot taseoia, tiimityötä suunnittelussa tehdään harvoin, kuntoutusta ei suunnitella osana laajempaa palvelusuunnittelua ja kuntoutuja jää suunnittelussa taka-alalle.

Kuntoutussuunnitelmien sisältöä ja rakennetta vuosituhannen vaihteessa selvittäneessä tutkimuksessa todettiin myönteisiä muutoksia tapahtuneen vuosien 1992 ja 1998 välillä, mutta heikkouksina pidettiin edelleen ylimalkaisuutta kuntoutustarpeen perusteluissa, tavoitteen asettelussa ja seurantatiedoissa. Moniammatillisten tiimien laatimia suunnitelmia pidettiin merkittävästi yksittäisten lääkärin laatimia suunnitelmia parempina. Kuntoutujan osallistuminen suunnitteluun oli kuntoutussuunnitelmien perusteella vähäistä. (Kari ja Puukka 2001.)

Vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittäminen on Kelassa otettu yhdeksi painopistealueeksi. Kehittämistyötä varten on perustettu vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämis- ja tutkimushanke vuosiksi 2006–2013. Hankkeen tavoitteena on kehittää vaikeavammaisten kuntoutuspalveluja ja laatia kuvauksia hyvän kuntoutuksen käytännöistä. Tavoitteena on tuoda kuntoutuspalveluja lähemmäs arkea ja vammaisten ihmisten omaa elämää. Kehittämistyön tueksi tuotetaan tutkimustietoa vaikeavammaisten kuntoutuksesta. (Kelan sanomat 2007, Vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämis-... 2008.)

Lapin yliopisto ja Kuntoutussäätiö toteuttivat osana Kelan kehittämishanketta professori Aila Järvikosken johdolla tutkimushankkeen *Vaikeavammaiset kuntoutujat Kelan palveluissa*. Tutkimushanke toteutettiin vuosina 2007–2008 ja osallistuin hankkeeseen yhtenä tutkijana. Tutkimushankkeesta ilmestyi kesällä 2009 tutkimusraportti *Asiakkaan äänellä – odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta* (Järvikoski ym. 2009). Asiakkaan äänellä -raportti on aineistosta koottu perusraportti, joka pohjautuu kvantitatiivisiin tietoihin ja alustavaan analyysiin asiakkaiden kyselylomakevastauksista ja osin haastatteluista. Vaikeavammaiset kuntoutujat Kelan palveluissa -tutkimushankkeessa kerättiin kuntoutujien ja heidän läheistensä lisäksi haastattelutietoa myös aikuisten kuntoutujien palveluverkostolta eli julkiselta terveydenhuollolta ja kuntoutuspalvelujen tuottajilta. Nyt käsillä olevassa raportissa selvitetään kuntoutuksen palveluverkoston toimintaa kuntou-

tuksen suunnittelun osalta yhtäältä kuntoutujien, toisaalta palvelujärjestelmien edustajien tietojen, kokemusten ja tulkintojen pohjalta. Aiemmissä tutkimuksissa ei ole analysoitu kuntoutuksen suunnittelua yhtä aikaa eri osapuolten näkökulmista.

Kuntoutuksen suunnittelu on monitahoinen prosessi, ja käytännöt terveydenhuollon eri tasoilla ja paikallisesti vaihtelevat, mutta tutkimustietoa näistä käytännöistä ei ole saatavilla. Tässä tutkimusraportissa tarkastelen, miten vaikeavammaisen henkilön lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelu tapahtuu ja minkälaisen prosessin kautta kuntoutussuunnitelmat rakentuvat. Käytännön kokemuksensa kuntoutuksen suunnittelun prosessista ja toimintatavoista tuovat esille kuntoutujien lisäksi heidän kanssaan työskennelleet julkisen terveydenhuollon työntekijät ja kuntoutuspalveluja tuottavat työntekijät.

Taustoitin aluksi vaikeavammaisten kuntoutukseen ja sen suunnitteluun liittyvää aihepiiriä. Siirryn sitten tutkimustehtävän, tutkimusaineiston, lähestymistapani ja oman tutkijaroolini esittelyyn. Ensimmäisessä empiirisessä luvussa kuvaan kuntoutuksen suunnittelun rakentumisen toimintaympäristön, sekä siihen osallistuvat työntekijät ja tyypittelen käytetyt työmallit. Seuraavissa luvuissa tarkastelen, minkälaisena kuntoutujan ja palveluntuottajan asema näyttäytyy kuntoutuksen suunnittelussa. Lopuksi arvioin kuntoutuksen suunnittelun käytäntöjä ja esittelen kehittämistarpeet.

## 2 Vaikeavammaisten kuntoutus ja sen suunnittelu

### 2.1 Vaikeavammaisuus ja kuntoutus

Vammaisuuden ja vaikeavammaisuuden määrittely on vaikeaa, koska vammaisuutta on hyvin monenlaista. Vammaisuus voi olla synnynnäistä tai se voi ilmaantua myöhemmässä elämänvaiheessa sairauden tai loukkaantumisen seurauksena. Vamma tai pitkäaikainen sairaus aiheuttaa erilaisia haittoja tai toimintarajoituksia arjessa. Siten vaikeavammaisuuden käsitteelle ei ole pystytty esittämään yleispätevää, eri yhteyksiin soveltuva määrittelyä eikä termiä vaikeavammaisen voida myöskään pitää kuntoutusmyönteisenä (Kallanranta ja Rissanen 1996, 12; Virta 2006b, 33). Vammaisuutta identifioidaankin yleensä tietyn palvelun, etuisuuden tai diagnoosin perusteella (Heiskanen 2008, 28). Vaikeavammaisuuden käsite liittyy yleisesti erilaisten yhteiskunnan kaikkein hankalimmassa

asemassa oleville jäsenilleen järjestämien etuuksien ja tukitoimenpiteiden saamiseen (Kallanranta ja Rissanen 1996, 12).

Vammaisuuden esiintyvyydestä ei ole tarkkaa tutkimus- tai tilastotietoa, ja arvioiden perustana ovat edelleen Kansainvälisen vammaisten vuoden 1981 Suomen komitean mietinnön esittämät luvut (Haarni 2006, 14). Tuolloin vaikeavammaisia arvioitiin olevan noin yksi prosentti väestöstä (Kansainvälisen vammaisten vuoden ... 1981). Arviot vammaisten osuudesta väestössä riippuvat käytetystä määrittelystä. On havaittu, että lääketieteelliseen arviointiin perustuva vammaisuuden määrittely tuottaa pienempiä osuuksia kuin vammaisuuden aiheuttaman sosiaalisen ulottuvuuden arviointiin perustuva määrittely tuottaa. (Haarni 2006, 11, 14.)

Suomalainen vammaispolitiikka perustuu kolmeen keskeiseen periaatteeseen. Vammaisilla henkilöillä on oikeus yhdenvertaisuuteen, osallisuuteen ja tarpeellisiin palveluihin ja tukitoimiin. Palvelut ja tukitoimet ovat positiivista erityiskohtelua, joilla turvataan yhdenvertaisuuden toteutuminen. Vammaispalveluilla parannetaan vammaisten henkilöiden elämänhallintaa ja lisätään itsenäisen elämän mahdollisuuksia. (Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006, 3–4.) Kelan järjestämä vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus on osa vaikeavammaisille suunnattuja palveluja ja tukitoimia.

Vammaisten kuntoutus alkoi maassamme invalidien huoltona. Kuntoutusta sääteli vuosikymmenien ajan vuonna 1947 voimaan tullut invalidihuoltolaki, ja vastuu kuntoutuksen toteutuksesta oli sosiaalihuollolla. Invalidi-käsitteen kapea-alaisuuden vuoksi palveluja saaneiden määrä oli aluksi pieni, mutta lakia muutettiin useampaan kertaan ja palvelujen piiriin hyväksyttiin uusia asiakasryhmiä. Laki synnytti laajan erityispalvelujen verkon. (Kallanranta ja Rissanen 1996, 9.) 1960-luvulta lähtien kuntoutuspalvelut alkoivat siirtyä invalidihuollon erityispalveluista osaksi yleisiä palveluja. Vuonna 1972 tuli voimaan kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidonlaki, jotka sisälsivät velvoitteita lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Kuntien vastuuta lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä on jatkuvasti vahvistettu. Vuonna 1984 tuli voimaan ns. SVOL-lainsäädäntö (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta), jolla invalidihuollon lääkinnällinen kuntoutus säädettiin kunnalliseksi valtionosuudella tuetuksi tehtäväksi. (Kallanranta ja Rissanen 1996, 10.)

Pirstaleinen kuntoutusjärjestelmä kaipasi eri järjestelmien työnjaon selkeyttämistä ja yhteistyön kehittämistä sekä kuntoutujan aseman parantamista. Vuonna 1991 säädettiin kuntoutuksen mittava lakipaketti, joka määritteli vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisen Kelan tehtäväksi. Uudistuksen jälkeenkin julkisella terveydenhuollolla on merkittävä osuus vaikeavammaisten kuntoutuksessa ja kuntoutuksen suunnittelu on säädetty julkisen terveydenhuollon tehtäväksi. Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus tapahtuu siis julkisen terveydenhuollon ja Kelan yhteistyönä. (Kallanranta ja Rissanen 1996.)

## 2.2 Kelan järjestämä vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetussa laissa (L 566/2005), josta käytän myöhemmin nimitystä Kelan kuntoutuslaki, määritellään vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteet. Lain mukaan Kelalla on vastuu niiden vaikeavammaiselle henkilölle tarkoitettujen pitkäaikaisten ja vaativien kuntoutusjaksojen järjestämisestä, jotka eivät liity suoraan sairaanhoitoon ja jotka ovat tarpeen asianomaisen kuntoutujan työ- tai toimintakyvyn säilyttämiseksi tai parantamiseksi. Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan työ- tai toimintakyvyn turvaaminen ja parantaminen sekä kuntoutujan tukeminen erilaisissa arkielämän toiminnoissa selviytymisessä.

Oikeutta Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen palveluihin määritellään kahdella ehdolla. Ensinnäkin henkilöllä pitää olla sairaus tai vamma, joka aiheuttaa vähintään vuoden kestäväen kuntoutustarpeen sekä huomattavia vaikeuksia tai raskautuksia selviytyä jokapäiväisistä toimista kotoa, koulussa, työelämässä ja muissa elämäntilanteissa julkisen laitoshoidon ulkopuolella. Toiseksi vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen myöntämisen ehtona on, että henkilö saa Kelan vammaisetuksia joko korotettuna tai erityistukena. (L 566/2005; A1661/1991.)

Kelan korotettujen vammaiseturuksien ja vaikeavammaisuuden määrittelyn välistä kytköstä on pidetty epätarkoituksenmukaisena. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Kallanranta ja Rissanen (1996, 75) esittivät tämän kytköksen poistamista pian sen jälkeen, kun vaikeavammaisten kuntoutuksen järjestämisvastuu oli siirtynyt vuonna 1991 Kelalle. On oletettu, että lainlaatija aikanaan teki kytköksen hillitäkseen kustannusten

nousua. Kytköksen on arvioitu vinouttavan palvelujen kohdentumista. Pienituloisten vammaistukihakemuksia on huomattu hylättävän enemmän kuin muiden hakijoiden. (Virta 2006a; Virta 2006b.) Kytköstä ei ole monista esityksistä huolimatta kuitenkaan purettu.

Kelan kuntoutuslain (L 566/2005) tarkoittamia palveluja tuottavat itsenäiset ammatinharjoittajat, yksityiset yritykset, laitokset, säätiöt, vammaisjärjestöt tai muut yhteisöt, jotka Kela on hyväksynyt tuottamaan kuntoutuspalveluja. Vaikeavammaisten laitostenmuotoista ja avomuotoista kuntoutusta ohjaavat Kelan laatimat standardit, jotka sisältävät kuntoutuspalvelun laatuvaatimuksia. Standardin tarkoituksena on taata kuntoutujille laadultaan hyvätasoinen kuntoutus ja siten edistää kuntoutujan oikeuksien toteutumista. Standardien määrittelemään kuntoutukseen kuuluu kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutuksen suunnittelu hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä, kuntoutukseen hakeminen, kuntoutuksen toteuttaminen, seuranta ja jatkotoimenpiteet hoidosta vastaavassa yksikössä. (Kelan järjestämän vaikeavammaisten ... 2006; Kelan laitostenmuotoisen kuntoutuksen ... 2006.)

Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus toteutetaan tehostettuina ja yksilöllisesti suunniteltuina jaksoina joko laitoksessa tai avohoidossa. Laitoksessa toteutetaan kuntoutusjaksoja, jotka ovat useamman kuin yhden toimintamuodon kokonaisuuksia. Laitoksessa toteutettavat yksilöjaksot ovat yleensä vähintään 18 arkipäivää kestäviä, yhdestä tai useammasta jaksosta koostuvia kokonaisuuksia. Avohoidossa järjestetään tarpeellisia, yksilöllisesti suunniteltuja terapioiden, joita toteutetaan kuntoutussuunnitelmassa ja -päätöksessä mainitun ajan, yleensä 1–3 vuotta. Avoterapiana järjestetään fysioterapiaa, toimintaterapiaa, puheterapiaa, psykoterapiaa, musiikkiterapiaa ja neuropsykologista kuntoutusta. Fysioterapian erityismuotoina voidaan toteuttaa allasterapiaa, ratsastusterapiaa ja lymfaterapiaa. Vaikeavammaisen kuntoutujan omainen tai läheinen voi osallistua kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssille, jos osallistuminen on tarpeen kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Kurssiin sisältyy myös omaisille järjestettyä ohjelmaa. (Kelan etuusohjeet 2008.)

Vuonna 2005 Kelan vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistui yhteensä 21 521 henkilöä, joista 16–64-vuotiaita oli 12 210. Työikäisistä kuntoutujista 45–54- ja 55–64-vuotiaiden ryhmät ovat selvästi muita ikäryhmiä suuremmat

(yhteensä 6 691). Vaikeavammaisten kuntoutuspalvelupäätöksiä tehtiin vuonna 2005 kaikkiaan 55 517 ja kustannettuja toimenpiteitä oli 72 415. Huomatava osa kuntoutujista osallistuu samana vuonna useampaan kuin yhteen kuntoutusmuotoon. Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen siirrettyä Kelan järjestettäväksi lisääntyi kuntoutujien määrä vuosittain. Suurimmillaan kuntoutusta saaneiden määrä oli vuonna 2005, minkä jälkeen se alkoi loivasti laskea. Vuonna 2006 saajia oli 21 416 ja seuraavana vuonna 21 077. (Kelan kuntoutustilastot 2005, 2006 ja 2007.)

Vaikeavammaisten kuntoutukseen osallistuneiden 20–65-vuotiaiden ryhmässä suurimmat sairauspääryhmät olivat vuonna 2005 hermoston sairaudet, verenkiertoelinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ja ulkoisten syiden aiheuttamat vammat. Mielenterveyden ja käyttäytymisen pääryhmässä ns. älylliseen kehitysvammaisuuteen liittyvät ongelmat ovat huomattavasti yleisempiä kuin varsinaiset mielenterveysongelmat tai psykiatriset sairaudet. Yleisimpiä sairauksia tai häiriöitä olivat MS-tauti (1 462), aivoverisuonien sairaudet (1 246), CP-oireyhtymä (824), nivelreuma (686) ja älyllinen kehitysvammaisuus (621). (Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen ... 2007.)

Yli 16-vuotiaiden kuntoutujien (12 133) saamasta kuntoutuksesta ylivoimaisesti eniten oli fysioterapiajaksoja (11 090). Kuntoutuslaitosjaksolla oli 3 843, sairausryhmäkohtaisella kurssilla 801 ja sopeutumisvalmennuskurssilla 465 kuntoutujaa. Kuntoutuslaitosjaksot olivat 45–64-vuotiailla yleisempiä kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Toimintaterapiaa sai 1 014 ja puheterapiaa 509 kuntoutujaa. Muiden kuntoutusmuotojen, kuten neuropsykologisen kuntoutuksen (174) ja psykoterapian (128) osuus oli erittäin pieni. (Kelan kuntoutustilasto 2007.)

Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen hakemuksista hylättiin 13 % vuonna 2007. Osuus oli pienempi kuin vajaakuntoisten ammatilliseen kuntoutukseen hakeneiden tai ns. harkinnanvaraiseen kuntoutukseen hakeneiden hylättyjen osuus (27 % ja 24 %). Hakemuksia fysioterapiaan (9 %) ja sopeutumisvalmennuskursseille (17 %) hylättiin vähän, mutta kuntoutuslaitosjaksoille (24 %) ja neuropsykologiseen kuntoutukseen (24 %) melko paljon. (Kelan kuntoutustilasto 2007.) Kaikki edellä mainitut hylkyprosentit neuropsykologisen kuntoutuksen osuutta lukuun ottamatta kasvoivat huomattavasti viimeisen kahden vuoden aikana (vrt. Kelan kuntoutustilasto 2005).

## 2.3 Kuntoutuksen suunnittelu

Kuntoutuksen suunnittelulla on keskeinen merkitys kuntoutusprosessissa. Kuntoutussuunnitelma sekä määrittää kuntoutuksen toimintakenttää että on väline kuntoutuksen toteuttamisessa (Rissanen 2008, 626). Kuntoutusprosessin etenemistä ohjaavan kuntoutussuunnitelman pitäisi Järvikosken ja Härkäpään (2004, 167) mukaan sisältää yksinkertaisimmillaan kannanoton seuraaviin asioihin:

- kuntoutustarpeen perusteet nykyisen elämäntilanteen pohjalta
- kuntoutukselle asetetut tavoitteet
- se toiminta ja ne tavoitteet, joilla tavoitteisiin suunnitellaan pyrittävän ja päästävän
- suunnitelma siitä, miten tilannetta seurataan.

Kuntoutussuunnitelmalla on usein kaksi eri tarkoitusta. Se on kuntoutuslainsäädännössä edellytetty asiakirja, joka välittää tarpeellista ja välttämätöntä tietoa toisesta kuntoutusjärjestelmästä tai -organisaatiosta toiseen. Siten sen voi sanoa olevan kuntoutuksen asiantuntijoiden, kuntoutuksen päätöksentekijöiden ja rahoittajien sekä kuntoutuspalveluja tuottavien organisaatioiden yhteydenpidon väline. Toisaalta kuntoutussuunnitelman tulisi olla sellainen asiakirja, joka antaa kuntoutujalle mahdollisuuden sitoutua kuntoutumisensa edistämiseen ja lähteä toteuttamaan kuntoutusprosessiaan. Tässä mielessä kuntoutussuunnitelma on ensi sijassa kuntoutusjärjestelmän tai -organisaation ja kuntoutujan välinen asiakirja, jolla on samalla – ainakin osittain – sopimuksellinen tehtävä. (Järvikoski ja Härkäpää 2004, 80–81.) Kallanrannan ja Revon (1995, 253) mukaan kuntoutussuunnitelmaa voidaan pitää suunnitelmana, jonka toteutukseen kuntoutuja sitoutuu ja jossa asiantuntijat ja organisaatiot tukevat häntä. Tällöin sen avulla pyritään turvaamaan kuntoutujalle integroitu palveluketju.

Kelan kuntoutuslaissa (L566/2005) määritellään lähtökohdat kuntoutuksen suunnittelulle. Vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen tulee perustua kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Suunnitelma laaditaan kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä kuntoutujan taikka hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa vähintään yhdeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi. Laki asettaa kuntoutuksen suunnittelun terveydenhuollon vastuulle mutta toteaa, että suunnitelma on tehtävä yhdessä kuntoutujan kanssa.

Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen etuusohjeissa (2008, 7) annetaan tarkempia ohjeita kuntoutuksen



suunnittelua varten. Sen mukaan kuntoutussuunnitelma laaditaan kuntoutujan, lääkärin tai lääkärin ja moniammatillisen tiimin yhteistyönä. Kuntoutussuunnitelmassa tulee ilmetä seuraavat tiedot:

- kuntoutujan sairaus, vika tai vamma
- lääketieteellinen tai toiminnallinen haitta tai rasitus päivittäisissä toiminnoissa, työssä, opiskelussa yms.
- kuntoutuksen tavoite ja kuntoutujan sitoutuminen tavoitteeseen
- kuntoutujan tarvitsemat kuntoutuspalvelut ja niiden ajoitus, kesto, jaksotus ja tiheys perusteluineen
- aikaisempi kuntoutus ja sen tulokset
- hoitava taho yhteyshenkilöineen.

Kuntoutussuunnitelma voi olla kirjattu lääkärinlausunto B-lomakkeelle. Viimeisen lakiuudistuksen (L566/2005) jälkeen on kehitetty nelisivuinen kuntoutuksen suunnittelua ohjaava kuntoutussuunnitelmalomake (KU 207), jonka käyttöä on suositeltu Kelalle toimitettavien vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmien pohjana. Lomakkeeseen voidaan tarvittaessa liittää kuntoutujan epikriisi ja muita täydentäviä sairauskertomuksia. (Kansaneläkelaitoksen ja julkisen ... 2005.)

Kelan etuusohjeissa kerrotaan, että terveydenhuollon laatima kuntoutussuunnitelma on luonteeltaan suositus eikä oikeudellisessa mielessä Kelaa sitova sopimus. Se on asiakirja, jota Kela käyttää muiden käytössään olevien tietojen ohella kuntoutuspäätöksen tekemiseen. (Kelan etuusohjeet 2008, 8.)

Kuntoutuksen onnistunut kohdentaminen ja toiminnan suunnittelu yksilöllisten kuntoutustarpeiden kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla ovat kuntoutuksen tulosten kannalta olennaisia kysymyksiä. Lakisääteisen toiminnan toteutuksen kannalta tärkeä kysymys koskee vaikeavammaisuuden määrittelytapoja. Viime vuosina on keskusteltu muun muassa siitä, asettavatko vaikeavammaisuuden määrittelyssä käytettävät kriteerit eri sairauksia potevat eriarvoiseen asemaan keskenään. Toinen tärkeä kysymys koskee kuntoutussuunnittelun toimintatapoja, erityisesti sitä, millainen valta, asema ja vastuu kuntoutujalla itsellään ja hänen läheisillään on suunnitteluprosessissa. Vaikeavammaisten kuntoutuksen järjestämiseen liittyy myös monenlaisia käytännön ongelmia. Kuntoutuspalvelujen saatavuus vaihtelee paikallisesti ja alueellisesti, ja valintaan laitos- ja avohoidon välillä vaikuttavat kuntoutujan toimintakyvyn ja elämäntilanteen lisäksi mahdollisuudet sopivien palveluntuottajien

löytämiseen ja muut käytännön syyt. (Järvikoski ym. 2009.)

Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen toteutusta on pyritty vuosien varrella kehittämään ja sitä varten on tehty useampia selvityksiä. Vaikka tehtäväjako vuoden 1991 kuntoutuksen lainsäädännön perusteella vaikutti selkeältä, ilmeni monia yhteistyöongelmia. Paavo Rissanen ja Tapani Kallanranta (1996) asetettiin selvittämään kunnallisen terveydenhuollon ja Kelan tehtäväjaossa ja yhteistyössä esiintyneitä ongelmia vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisessä ja tekemään ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. He totesivat, että kuntoutujan läsnäolo kuntoutussuunnitelmien laatimisessa oli sattumanvaraista ja heidän vaikutusmahdollisuutensa olivat vähäiset. Suunnittelu tapahtui terveydenhuollossa asiantuntijakeskeisesti ja moniammatillisuus oli harvinaista.

Anneli Kari ja Pauli Puukka (2001) selvittivät vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta varten laadittujen kuntoutussuunnitelmien sisältöä ja rakennetta sekä mahdollista muutosta vuosina 1992–1998. Tutkimusaineisto oli koottu kuntoutus- ja vammaisetusasiakirjoista, Kelan rekistereistä ja kuntoutujille ja heidän hoidostaan vastaaville yksiköille tehdyistä kyselyistä. Edelleen oli huomattava määrä niitä kuntoutujia, joiden kuntoutussuunnitelmat perustuivat pääosin asiakirjatietoihin. Kuntoutussuunnitelmien sisällön heikkouksien katsottiin selittyvän sillä, että kuntoutujia ei tavattu. Erityisen yllättävänä pidettiin toimintakyvyn kuvaamisen vajavuutta. Keskeisiä heikkouksia olivat ylimalkaisuus kuntoutustarpeen perustelemisessa ja tavoitteen asettelussa sekä seurantatietojen puuttuminen. Moniammatillisten tiimien laatimia kuntoutussuunnitelmia pidettiin merkittävästi yksittäisten lääkärin laatimia suunnitelmia parempina. Kuntoutujan osallistuminen suunnitteluun oli kuntoutussuunnitelmien perusteella vähäistä. Kyselytutkimukset antoivat kuitenkin asiasta huomattavasti valoisamman kuvan. Tutkimuksen tekijöiden mukaan vaikeavammaisen kokonaisvaltaiseen kuntoutuksen ja muun palvelutarpeen arviointiin suunnittelussa ei ollut päästy.

Vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeeseen liittyvän tutkimuksen (Järvikoski ym. 2009) avulla selvitettiin vuonna 2007 vaikeavammaisten kuntoutujien kokemuksia kuntoutuksen tarpeesta, suunnittelusta ja toteutuksesta. Tietoa kerättiin sekä lomakekyselyin että haastattelututkimuksen avulla. Kyselytutkimuksen standardoidut

vastaukset antoivat kuvan, että kuntoutujat olivat varsin tyytyväisiä kuntoutuksen suunnitteluprosessiin. Lomakekyselyn avovastausten ja haastattelujen perusteella hahmottui laajempi ja syvällisempi kuva kuntoutuksen suunnittelusta. Edelleenkin ajatus kuntoutussuunnitelmasta vaikeavammaisen ”elämänsuunnitelmana” ei näyttänyt toteutuvan. Osa tutkimuksen kuntoutujista esitti selkeän toivomuksen siitä, että kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä tarkasteltaisiin heidän elämäntilannettaan ja tavoitteitaan kokonaisuutena, ei vain tiettyä, usein fyysiseen suoriutskykyyn liittyvää osaa siitä. Jotkut kuntoutujat kokivat suunnitelman tekoprosessin hankaloituneen huomattavasti, kun kuntoutuksen suunnittelu oli siirretty kokonaan julkisen terveydenhoidon tehtäväksi. Ongelmalliseksi tilanne koettiin erityisesti silloin, kun kuntoutussuunnitelman laati asiantuntija, joka ei tuntenut vaikeavammaisen kuntoutujan tilannetta eikä ennättänyt siihen perehtyä tai kuulla kuntoutujaa itseään. Lääkärin ohella merkittävä panos suunnittelu-prosessissa oli kuntoutujien mielestä myös palveluntuottajina toimivilla terapeuteilla ja kuntoutusohjaajilla. Kuntoutujat kokivat tulleen sa paremmin kuulluksi prosessissa, jos he olivat saaneet kirjallisen suunnitelman itselleen ja jos he suunnitelman laatimistilanteessa olivat osallistuneet merkittävästi suunnittelutyöhön.

### 3 Tutkimustehtävä ja toteutus

#### 3.1 Tutkimuksen tavoite

Tutkimukseni kohteena on Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelu. Tarkoituksena on tarkastella sitä, miten Kelan järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvan kuntoutusmuodon suunnittelu tapahtuu ja minkäläisten prosessien kautta kuntoutussuunnitelmat rakentuvat. Kuntoutuksen suunnittelua ja siinä tehtävää yhteistyötä tarkastelen vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneiden aikuisten kuntoutujien, heidän kuntoutussuunnitelmansa laatijoiden ja palveluntuottajien näkökulmista.

Lähestyn tutkimustehtävääni seuraavien kysymysten avulla:

1. Minkäläisten käytäntöjen ja prosessien kautta kuntoutussuunnitelmat rakentuvat?
2. Minkälaisena kuntoutujan asema suunnittelussa näyttäytyy suunnitelman laatijoiden ja palveluntuottajien näkökulmasta?
3. Minkälainen asema ja merkitys palveluntuottajilla on kuntoutuksen suunnittelussa?

Tavoitteeni on tuoda esille vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneiden kuntoutujien ja heidän palvelujärjestelmänsä toimijoiden ääni, kokemukset ja näkemykset kuntoutusjärjestelmän toiminnasta mahdollisimman konkreettisina ja omakohtaisina. Tämä tarkoittaa sitä, että haastatteluaineisto on kerätty valittujen kuntoutujatapausten, konkreettisten toimenpiteiden ja tapahtumien kautta. Kuntoutuksen käytännön toimijoiden kokemuksia peilaan vaikeavammaisten kuntoutusta koskevaan ohjeistukseen ja kuntoutuksen retoriikkaan.

Tutkimuksessa tarkastelen kuntoutussuunnittelua sekä vuorovaikutuksellisesta että institutionaalisesta näkökulmasta. Kuntoutuksen arkisia toimintakäytäntöjä, työntekijöiden välistä yhteistyötä sekä kuntoutujan ja työntekijöiden välisiä kohtaamisia analysoimalla tuon esille, miten eri tavoin kuntoutussuunnitelmia rakennetaan eri konteksteissa.

Kuntoutuksen suunnitteluun osallistuneiden toimijoiden kertomuksia ja selontekoja analysoimalla kuvaan ja arvioin, miten kuntoutuksen suunnittelu käytännössä tapahtuu. Toimijoiden esittämien kuntoutuksen suunnittelun kuvausten kautta pyrin avaamaan näkymiä niihin työkäytäntöihin, toimintakulttuureihin ja prosesseihin, joissa kuntoutussuunnitelmat rakentuvat.

Tarkastelen kuntoutuksen suunnittelua sekä tapahtumana että kokemuksena. Tapahtumana kiinnitän huomion kuntoutuksen suunnitteluun liittyvien konkreettisten tapahtumien ja niiden toteutumisprosessien kuvaukseen sekä siihen, minkäläisten yhteistyömuotojen kautta suunnittelu tapahtuu, ketkä osallistuvat kuntoutussuunnitelman muotoutumiseen ja millä tavalla he siihen osallistuvat. Kokemuksena kyse on niistä tulkinnoista ja näkemyksistä, joita usein kasvokkain kohdanneet kuntoutuja ja kuntoutussuunnitelman laatijat kertoivat. Tutkimuksen kohteena olevan aineiston palveluntuottajat eivät osallistuneet kasvokkain varsinaisiin kuntoutussuunnittelutapahtumiin, mutta heidän suosituksensa ja kannanottonsa välittyivät näihin tilanteisiin joko kuntoutujan kautta tai kirjallisena materiaalina tai muulla tavalla. Palveluntuottajat kertoivat kylläkin haastatteluissa kokemuksiaan kuntoutussuunnittelun käytännöistä ja esittivät omia kehittämisenäkemyksiään.

### 3.2 Tutkimusaineisto

Tutkimukseni perustuu haastatteluaineistoon, joka kerättiin vuonna 2007 osana Vaikeavammaiset Kelan kuntoutuspalveluissa -tutkimushanketta Etelä-, Itä- ja Pohjois-Suomessa. Aineisto kerättiin monipuolaisen valinnan avulla. Koko hankkeen aineistoa esitellään tarkemmin Asiakkaan äänellä - raportissa (ks. Järvikoski ym. 2009). Esittelen tässä pääpiirteet aikuisia kuntoutujia koskevan aineistonkeruun perusteista ja tarkemmin tämän tutkimuksen aineistona olevan kymmenen kuntoutujan ja heidän kanssaan työskentelevien palveluverkoston edustajien haastatteluista.

Tutkimuksen perusjoukkona olivat vuonna 2005 Kelalta vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen myönteisen päätöksen saaneet 20–64-vuotiaat kuntoutujat. Otoksen koko oli 1 443 henkilöä. Heille lähetettiin laaja kyselylomake, jonka yhteydessä tiedusteltiin kuntoutujan suostumusta syventävään haastattelututkimukseen. Kyselylomakkeen palautti 818 kuntoutujaa ja heistä lähes puolet (49 %) antoi suostumuksensa haastatteluun. Haastateltavaksi valittiin 28 aikuista vaikeavammaista kuntoutujaa eri puolilta Suomea. Haastateltavien valinnassa pyrittiin siihen, että haastatteluaineisto sekä kuvaa mahdollisimman monipuolisesti ja kattavasti tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä että vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Valintakriteereinä käytettiin seuraavia muuttujia: sukupuoli, ikä, asuinpaikka (taajama/haja-asutusalue), sairaus tai vamma, perhetilanne ja asumistapa, koulutus, työmarkkina-asema, kokemus eri kuntoutuspalveluista, tyytyväisyys/tyytymättömyys kuntoutusprosessiin, kuntoutustarpeen kesto, avuntarpeen laajuus ja palvelujen käyttö, elämäntilanne sekä sosiaaliset suhteet. Näitä valintakriteereitä hyväksikäyttäen haastatteluaineistolla tavoiteltiin monipuolista kuvausta vaikeavammaisten ihmisten elämäntilanteista, kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta.

Haastattelun alussa kerrattiin haastattelujen äänitys, haastattelujen ja tutkimuksen käyttötarkoitus, tunnistettavuuden häivyttäminen ja raportointi. Tämän jälkeen laadittiin kirjallinen haastattelusopimus. Haastattelijoina toimi kolme tutkijaa, ja raportin kirjoittajana minä vastasin runsaasta kolmanneksesta haastatteluista. Kaikilla oli laaja kokemus tutkimus- tai asiakashaastatteluista. Haastattelut äänitettiin ja ne litteroitiin sanatarkkuudella. Haastattelujen puhtaaksikirjoituksesta vastasi kolme litteroijaa. Litterointiin kiinnitettiin erityistä huomiota, koska haastattelijoina ja litte-

roijia oli useita (ks. Hirsijärvi ja Hurme 2001, 140). Litteroinnin jälkeen tarkistin puhtaaksikirjoituksen kuuntelemalla äänitteen ja lisäsin haastattelun alkuun taustatietoja haastateltavista.

Jokaisen kuntoutujan haastattelun lopussa haastattelijalla kartoitettiin yhdessä kuntoutujan kanssa hänen kuntoutusverkostoaan eli kuntoutussuunnitelman laatijoita ja palveluntuottajia ja tiedusteltiin heidän haastattelumahdollisuuksiaan. Lähes kaikki kuntoutujat antoivat luvan verkostohaastattelujen suorittamiseen. Kaikki eivät kuitenkaan osanneet nimetä esimerkiksi kuntoutussuunnittelusta vastaavaa tahoa tai henkilöä. Osalta haastateltavista pyydettiin samassa yhteydessä kirjallinen haastattelusuostumus ja haastateltavat tai haastattelutahot pyrittiin nimeämään ja kirjaamaan mahdollisimman tarkasti. Muutamalta kuntoutujalta pyydettiin kirjallinen haastattelusuostumus vasta siinä vaiheessa, kun jatkohaastateltavat oli valittu. Haastattelulupa kirjattiin tarvittaessa erityistoivomuksia, kuten kuntoutujan osallistuminen haastatteluun tai hänen informointinsa toteutusta haastattelusta.

Tutkimushankkeen puitteissa kaikkien haastattelujen kuntoutujien palveluverkostoja ei pystytty niiden laajuuden takia haastattelemaan vaan haastattelujen määrää jouduttiin rajaamaan koskemaan vain osaa kuntoutujista. Tavoitteena oli saada mahdollisimman monipuolinen kuva palveluverkoston toiminnasta. Tähän raporttiin valittiin ne palveluverkoston toimijat, jotka edustivat kuntoutuksen suunnittelua ja kuntoutusta toteuttavia palveluntuottajia. Haastateltaviksi valittiin sellaisten kuntoutujien kuntoutuksen suunnittelun työntekijöitä, jotka edustivat joko erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhoitoa ja sellaisia työntekijöitä, jotka tekivät suunnitelman yksin ja toisaalta niitä työntekijöitä, jotka toimivat eri kokoonpanoissa yhdessä. Palveluntuottajista haastateltiin sekä avopalvelussa että laitoshoidossa toimivia työntekijöitä. Näistä asioista oli ennakoon saatu tietoa sekä kuntoutujien täyttämästä kyselylomakkeesta että laajasta haastatteluaineistosta.

Tämän tutkimuksen aineistona on kymmenen aikuisen kuntoutujan ja 25 heidän palvelujärjestelmänsä toimijan haastattelua. Kuntoutujat edustivat vaikeavammaisten kuntoutusta saavia suurimpia sairauspääryhmiä. Palvelujärjestelmän toimijoista 13 oli osallistunut kuntoutussuunnitelman laadintaan ja 12 palveluntuottamiseen. Verkostoaineistosta kiinnostuneena suunnittelin verkostoaineiston valikoinnin. Palveluverkoston haastatteli sama

työntekijä, joka oli suorittanut aiemmin kuntoutujan haastattelun. Tämä mahdollisti sen, että haastattelija pystyi suuntaamaan haastatteluja aiemmin saamansa tiedon perusteella merkityksellisiin asioihin.

Kuntoutujien haastattelut perustuivat narratiiviseen haastatteluun (ks. Roos 1988, 144; Saastamoinen 1999, 178; Nyqvist 2001, 57–59). Alussa haastateltava johdateltiin ymmärtämään tehtävä. Narratiivisessa haastattelussa kerronnan painopistettä voidaan ohjata käsittelemään tutkittavan suhdetta johonkin tiettyyn tapahtumaan tai ilmiöön. Narratiivisen haastattelun tavoitteena on eteneminen ajassa, jolloin saadaan kuvauksia siitä, miten kaikki alkoi, kuinka tapahtumat etenivät ja mihin tämä johti. Kuntoutujalla oli haastattelun alkuosassa mahdollisuus kertoa vapaasti kuntoutukseen liittyvistä teemoista, ja sen jälkeen siirryttiin kerrontaa ohjaavien teemakysymysten ja tarkentavien kysymysten avulla tutkimustehtävän määrittelemisiin aiheisiin (liite 1). Haastateltavalla oli mahdollisuus kuvailla tapahtumia, kertoa kokemuksiaan ja esittää omia arvioitaan näistä tapahtumista ja niiden kulusta.

Kuntoutujan palveluverkoston toimijoiden haastattelurungot rakennettiin ennalta määrättyjen teemojen ympärille, mutta haastateltavaa tuettiin kerronnallisen aineiston tuottamiseen ja haastattelurunkoa käytiin läpi tilannekohtaisesti. Haastattelurungot laadittiin erikseen kuntoutussuunnitelman laatijoiden ja palveluntuottajien haastatteluja varten (liitteet 2–3). Verkostohaastattelut olivat kestoltaan vajaasta tunnista kahteen ja puoleen tuntiin. Verkostohaastatteluja suoritettiin 18, joista neljä oli ryhmähaastattelua ja 14 yksilöhaastattelua. Kuntoutuja oli läsnä yhdessä palveluntuottajan haastattelussa. Verkostohaastateltavia oli yhteensä 25. Haastateltavista 13 oli kuntoutussuunnitelman laadintaan osallistuvaa henkilöä. Heistä viisi edusti perusterveydenhuoltoa, seitsemän erikoissairaanhoidon hoitoa ja yksi vammaisjärjestöä. Sisällytin vammaisjärjestön työntekijän haastattelun tutkimusaineistoon, koska tällä työntekijällä oli keskeinen asema kuntoutussuunnitelman rakentumisessa yhdessä erikoissairaanhoidon työntekijän kanssa. 12 palveluntuottajaa osallistui haastatteluihin. Heistä kahdeksan edusti avomuotoista kuntoutusta ja neljä laitosmuotoista kuntoutusta.

Haastatteluilla pyrittiin saamaan esille kuvauksia ja selontekoja vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneilta ja heidän palvelujärjestelmänsä toimijoilta kuntoutukseen ja sen suunnitteluun liittyvistä tapahtumista ja siitä minkälai-

sia kokemuksia ja tulkintoja he näihin tapahtumiin liittivät. Kokemukset pyrittiin tavoittamaan mahdollisimman aitoina ja monimuotoisina (ks. esim. Hänninen 1999; Somerkivi 2000; Hyväri 2001, Nikkanen 2006). Narratiivinen eli tarinallinen lähestymistapa sopii hyvin kuntoutuksen tutkimiseen, jossa pyritään vastaamaan haasteeseen tarkastella ihmistä aktiivisena, merkityksiä antavana toimijana sekä elämänilmiöitä prosessinomaisina, kielellisesti tulkittuina ja aikaan ja paikkaan sidottuina (Hänninen 1999). Kertomusten avulla voidaan tehdä muille näkyväksi kokijan todellisuutta. Kertojan maailma avautuu kuulijalle uskottavana siten, että kuulijalla on mahdollisuus eläytyä henkilöiden asemaan, ymmärtää heidän toimintansa vaikuttimia niissä olosuhteissa, joissa he elävät. Toden tuntuinen simulaatio saattaa avata jotain siinä määrin uutta, että kuulijalle syntyy parhaimmillaan kokonaan uusi ymmärrys kertojan maailmasta. (Bruner 1986, 7 ja 17–21; 1987, 17–20; 1990.) Haastattelutilanteella on aina tietyt tuotantoehdot. Se tuotetaan tietynä ajankohtana, tietystä tilanteesta haastattelijan ja haastateltavan keskinäisen vuorovaikutuksen tuloksena ja tiettyä tarkoitusta varten. (Granfelt 1998, 37.) Haastattelujen tavoitteena oli mahdollisimman kerronnallisen ja keskustelunomaisen aineiston saaminen. Haastattelut mahdollistivat sekä kertojalle että haastattelijalle tilannekohtaisen ja persoonallisen etenemisen.

Palveluverkoston haastattelujen ajankohta sovittiin joko kuntoutujan haastattelun yhteydessä tai myöhemmin puhelimitse. Haastateltaville kerrottiin tutkimuksesta ja haastattelun keskittymisestä tietyn kuntoutujan tilanteeseen, mutta myös heidän mahdollisuudestaan kertoa yleisemmin kokemuksia vaikeavammaisten kuntoutuksesta. Tällä informaatiolla haluttiin mahdollistaa haastateltavien perehtyminen etukäteen kuntoutujan tilanteeseen ja asiapapereihin. Verkostohaastateltavat kertoivat mielellään työhönsä liittyviä kokemuksia vaikeavammaisten kuntoutuksesta. Lähes kaikki, joille haastattelupyyntö esitettiin, suostuivat haastatteluun. Kiireisiinsä vedoten kahta erikoissairaanhoidon lääkäriä ei saatu mukaan haastatteluihin ja nämä haastattelut suoritettiin ilman lääkäreitä. Tässä raportissa käytetty aineisto koostuu 938 litteroidusta sivusta, josta 352 sivua oli kuntoutujien haastattelua ja 585 sivua työntekijöiden haastattelua.

### 3.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnin aloitin lukemalla haastatteluaineiston läpi useampaan kertaan ja samalla

kuuntelin äänitteitä saadakseni kerronnasta syvällisen kuvan. Tämä oli tarpeen erityisesti niissä haastatteluissa, joita en henkilökohtaisesti tehnyt. Toisinaan haastateltava saattoi esimerkiksi ilmaista jonkin asian humoristisesti päinvastaisena kuin hän todellisuudessa tarkoitti: tämänkaltaisen tilanteen kuunteleminen ja tarkistaminen äänitallenteesta tuki tekstistä tehtävän tulkinnan luotettavuutta. Äänitallenne paljastaa usein kirjoitettua tekstiä ilmaisuvoimaisemmin haastateltavan kerronnan vivahteita (Ahponen 2008, 61). Lukemalla haastateltavien eri tilanteista kertomia kokemuksia ja kuvauksia pyrin ymmärtämään heidän tapaansa hahmottaa eri asioita ja tilanteita. Vilkkö (1995, 52) puhuu empaattisesta lukemisesta, joka on kokemuksellista ja kertoo vastaavan tulevaa. Samalla etsin aineistosta haastateltaville merkityksellisiä asioita ja näkökulmia heidän tulkintoilleen. Alustavan luennan avulla erottelin eri väreillä aineistosta löytämiäni teemoja, pieniä kertomuksia, selontekoja ja kommentointeja ja nimesin ne. Marginaaleihin kirjoitin runsaasti kommentteja jatkoanalyysia varten. Alustavan analysoinnin perusteella luokitelin aineiston tutkimuskysymyksiä ohjaamilta osin NVivo 2.0 -ohjelman avulla (ks. Luomanen ja Räsänen 2000.)

Analyysini on pääosin aineistolähtöistä sisällönanalyysia ja osittain teoriasidonnaisesti teorian ohjaamaa. Sisällönanalyysissa aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Aineistolähtöisessä analyysissa teoreettiset käsitteet luodaan aineistosta, kun teoriaohjaavassa analyysissa ne tuodaan esiin valmiina, ilmiöstä ”jo tiedettyinä”. (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 98–116.) Tämä merkitsi sitä, että hajotin aineiston ensin osiin, käsitteellistin ja kokosin uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi (ks. Hämäläinen 1987).

Vaikka pilkoin aineiston osiin, säilytin silti haastateltavien kertomukset sillä tavalla kokonaisuutena, että pystyin tekemään johdonmukaisesti päätelmiä tapahtumien kulusta ja asioiden yhteydestä toisiinsa. Tämä edellytti tulkintavaiheessa paluuta lukemaan aineistoa yhä uudelleen. Analyysiyksikkönä käytin ajatuskokonaisuuksia, jotka vastasivat tutkimustehtävääni. Hämäläinen (1987) kuvaa abstrahointia prosessiksi, jossa tutkija muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta ja vertaa teoriaa ja johtopäätöksiä alkuperäisaineistoon. Johtopäätösten tekemisessä tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsevät. Haastateltavat ovat voineet valita sen, mitä he kertovat, mutta minä tutkijana tulkiten kerrottua ja valitsen sen, missä yhteydessä katkelmaa käytän.

Aineistolähtöisyys oli tutkimustehtäväni ohjaamilla osa-alueilla lähtökohtani, mutta tutkimukseni läpikulkevana juonteena on kuntoutujan subjektuuden ja kuntoutuksen valtaistavan ja ekologisen paradigman toteutumisen tarkastelu (vrt. Järviskoski ja Härkäpää 2004, 53–54). Aineistolähtöisen tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia kyseenalaistetaan yleisesti sillä perusteella, että jo käytetyt käsitteet, tutkimusasetelma ja menetelmät ovat tutkijan asettamia ja sitä kautta vaikuttavat esitettyihin tuloksiin (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 98). Tätä ongelmaa pyrin ratkaisemaan siten, että kirjoitan auki omat ennakkokäsitykseni ilmiöstä ja tiedostan niiden vaikutuksen analyysini aikana. Teoriasidonnaisessa analyysissa analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta aikaisempi tieto ohjaa ja auttaa analyysin tekemistä (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 98.) Sisällönanalyysilla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa ja etsimään tekstin merkityksiä (Tuomi ja Sarajärvi 2004, 105–106). Toisaalta tällä menetelmällä saadaan kerätty aineisto kuitenkin vain järjestettyä johtopäätösten tekoa varten (Grönfors 1982, 161).

Tulkintojen ja johtopäätösten tekemisessä käytin hyväkseni aihealueesta saatavilla olevaa kirjallisuutta sekä omaa käytännössä saamaani kokemusta työskennellessäni kuntoutusasiakkaiden kanssa runsaan parin vuosikymmenen ajan. Varhaisimmat kokemukseni tulevat 1970- ja 1980-luvun vaihteesta, jolloin työskentelin terveyskeskuksessa sosiaalityöntekijänä. Työurani alkuaikoina vaikeavammaisten kuntoutusta haettiin invalidihuoltona sosiaalihuolluksesta. Yhdessä asiakkaan kanssa teimme kuntoutushakemuksen ja hoitava lääkäri kirjoitti tarvittavan lausunnon. Päätöksen saaminen Helsingistä kesti vuoden, mikä oli myös sen voimassaoloaika. Heti päätöksen saamisen aikoihin oli laitettava jatkohakemus vireille. 1980-luvun alkupuolella tuli voimaan ns. Valtava -uudistus ja lääkinnällinen kuntoutus siirtyi terveydenhuollon vastuulle. Tällöin terveyskeskuksesta annettiin maksusitoumukset tarpeelliseksi katsotulle kuntoutukselle. Työryhmässä, johon kuului johtava lääkäri, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä, käsitelimme kuntoutusasiat. Työnjako erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ei ollut selkeä, mutta terveyskeskuksessa emme kokeneet sitä suurena ongelmana. Muistini mukaan kaikkeen kuntoutukseen suhtauduttiin myönteisesti. Käsittelemme oli, että kunnalle tuli edullisemmaksi myöntää kuntoutus terveyskeskuksesta kuin kierrättää se erikoissairaanhoidon kautta. Kysimme tarvittaessa neuvoja erikoissairaanhoidosta.

Parin viimeisen vuosikymmenen ajan olen työskennellyt aikuisten ammatillisen kuntoutuksen parissa, jossa kosketukseni vaikeavammaisten kuntoutusasioihin on ollut vain satunnaista. Tutkijaksi vaikeavammaisten kuntoutusta koskevaan tutkimushankkeeseen tulin jatko-opinnoissa saamiini kontaktien ja aiemmin käyttämäni narratiivisen haastatteluotteen tuntemuksen perusteella. Koko työurani ajan olen tehnyt yhteistyötä kuntoutujien, terveydenhuollon ja Kelan työntekijöiden kanssa, joten näiden organisaatioiden moninaiset työkäytännöt ovat tulleet tutuiksi.

Tutkimukseni tuloksia raportoidessani esitän runsaasti aineisto-otteita. Ne ovat pääosin sanatarkkoja lainauksia, mutta poistin jonkin verran toistoja ja puhekielen täytesanoja kuten niinku ja niin tota et. Paikoitellen yhdistin myös saman kertomuksen eri kohdissa olevia virkkeitä saadakseni temaattisen sisällön esiin mahdollisimman havainnollisena ja luettavassa muodossa (ks. Granfelt 1998, 35). Esitetyt aineistolainaukset ovat kuntoutujien ja palveluverkoston toimijoiden selontekoja tapahtumien kulusta ja niiden arviointia. Aineistolainauksen avulla haluan tuoda esille myös tapahtumien prosessinomaisuutta ja kontekstiyhteyttä, jonka takia esitän ne suhteellisen pitkinä ja laajoina.

Aineistolainauksissa käytetyt merkinnät:

K = kuntoutuja

S = suunnitelman laatija

T = palveluntuottaja

H = haastattelija

– – = sitaattilainauksesta on jätetty jokin osa pois

( ) = erisnimet on korvattu yleisnimillä

ISOT KIRJAIMET = painokas puhe

### 3.4 Eettiset kysymykset

Tutkimusaineisto kerättiin osana Vaikeavammaiset Kelan kuntoutuspalveluissa -tutkimushanketta. Kelan eettinen toimikunta käsitteli tutkimuseettiset kysymykset maaliskuussa 2007. Tutkimushanke toteutettiin yhteistyössä Kelan kuntoutusryhmän sekä aktuaari- ja tilasto-osaston ja tutkimusosaston kanssa. Kyselylomakkeet lähetettiin vastaajille Kelasta ja he palauttivat ne Kuntoutussäätiölle. Lomakkeet täytettiin nimettöminä, tutkijat saivat täytetyt lomakkeet käyttöönsä ilman henkilötunnisteita. Lomakekyselyn yhteydessä tiedusteltiin vastaajilta halukkuutta osallistua myöhemmin toteutettavaan syventävään haastatteluun (allekirjoitus suostumuskaavakkeeseen) ja heiltä pyydettiin yhteystiedot. Lomakkeessa kerrottiin, että vain osa

halukkaista voidaan haastatella. Tutkijat ottivat yhteyttä osaan haastatteluluvan antaneista saamiensa yhteystietojen perusteella ja kertoivat tutkimuksen tarkoituksesta ja menetelmästä. Yhteydenotokeskustelujen avulla pyrittiin luomaan perustaa luottamukselliseen ja vuorovaikutukselliseen haastattelutilanteeseen. Vielä tapaamisen alussa keskusteltiin haastattelumenetelmästä ja haastateltavan mahdollisesti esille ottamista asioista. Haastattelun alussa haastateltavilta pyydettiin kirjallinen lupa haastattelun äänitykseen ja haastattelutietojen käyttämiseen tutkimuksessa luottamuksellisuusperiaatetta noudattaen. Haastattelusopimuksiin kirjattiin myös mahdolliset erityisehdot. Kaikki haastateltavat suostuivat äänitykseen.

Eettisyyden varmistamiseksi kuntoutujilta pyydettiin lupa palveluverkoston haastattelujen suorittamiseen. Verkostohaastatteluista sopimisen yhteydessä kerrottiin kuntoutujan antamasta luvasta ja se esitettiin kirjallisena haastattelun alussa. Haastattelun kuluessa jotkut palvelujärjestelmän toimijat tarkistivat vielä suullisesti sen, että kuntoutuja todella antoi luvan kertoa tilanteestaan. Tämä ilmeni sellaisissa kohdin, kun haastateltava toi esille jonkin sellaisen seikan tai tilanteen, jossa hän arvioi kuntoutujan toimintaa jossain määrin negatiivisessa valossa.

Tutkimukseni raportoinnissa kunnioitan haastateltavien yksityisyyttä siten, ettei heidän tunnistamisensa ole mahdollista. Tämän takia jätän haastateltujen henkilöiden taustatietojen esittelyn yleiselle tasolle.

## 4 Kuntoutussuunnitelman rakentumisen mallit

### 4.1 Toimintaympäristö ja työntekijät

Kelan kuntoutuslaissa määritellään puitteet vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelulle. Vuonna 2005 tarkistetun lain mukaan kuntoutussuunnitelma tulee laatia kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä (L566/2005, 9 §). Itse laissa ei määritellä kuntoutussuunnitelman laatimista minkään ammattiryhmän vastuuksi, mutta Kelan etuusohjeissa (2008, 7) ja kuntoutusta ohjaavassa standardissa (2006, 4) se määritellään lääkärin ja usein moniammatillisen työryhmän tehtäväksi. Vaikeavammaisiksi määritettyjen henkilöiden hoitovastuu jakautuu terveydenhuollon porrastuksen mukaan joko perusterveydenhuoltoon tai erikoissaira-

hoitoon, joten heidän kuntoutuksensa suunnittelu toteutetaan joko terveyskeskuksissa tai sairaaloissa (vrt. A1015/1991).

Tämän raportin kohteena olevan kymmenen kuntoutujan viimeisistä kuntoutussuunnitelmista neljä oli laadittu perusterveydenhuollossa, viisi erikoissairaanhoidossa ja yksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisenä yhteistyönä. Voimassa olevan ohjeistuksen mukaan (Kelan etuusohjeet 2008, 7) ainoastaan lääkäri voi laatia kuntoutussuunnitelman yksin kuntoutujan kanssa ja tämä toteutui tutkimusaineistossa kahden kuntoutujan kohdalla. Muiden kuntoutujien kuntoutussuunnitelman rakensivat eri alojen asiantuntijat yhteistyössä. Kuntoutuksen suunnitteluprosessiin liittyvien työntekijöiden koulutustausta, määrä ja yhteistyön muodot vaihtelivat monella tavalla ilmentäen sitä moninaisuutta, jolla kuntoutussuunnitelmia käytännössä rakennetaan. Suunnitelman laadintaan osallistui vähimmillään kuntoutujan lisäksi pelkästään yksi työntekijä ja toisinaan taas useampaa eri ammattia edustava työntekijöiden joukko. Tutkimusaineistoon kuuluneet työntekijät olivat koulutustaltaan lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Ammatinimikkeenä oli myös kuntoutusohjaaja ja kuntoutussihteeri, jotka koulutukseltaan olivat joko fysioterapeutteja tai sosiaalityöntekijöitä. Perusterveydenhuollossa käytössä olleeseen kuntoutustyöryhmytyöskentelyyn osallistui myös sosiaalitoimen edustajia, mutta erikoissairaanhoidossa työskentely rajoittui oman sektorin henkilökuntaan.

Moniammatillisuus on muotitermi kuntoutuksessa, kuten monella muullakin toimintasektorilla. Moniammatillisen työryhmän käsitteeseen liittyy useita eri ulottuvuuksia. Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden yhteistyötä sekä yhdessä työskentelyä erilaisissa työryhmissä tai verkostoissa, joissa jaetaan tietoa, osaamista ja valtaa (Metteri 1996). Monialaisen ammatillisen yhteistyön lähtökohtana on ajatus, että työryhmän valmiudet tukea asiakasta ongelmien kohtaamisessa ja ratkomisessa ovat suuremmat kuin yksittäisten jäsenten (Järvikoski ja Karjalainen 2008, 86).

Olen tyypitellyt kuntoutussuunnitelman rakentumisen mallit neljään ryhmään. Ensimmäisen nimesin lääkärikeskeiseksi malliksi. Tässä työmuodossa kuntoutussuunnitelma laadittiin kuntoutujan ja lääkärin välisenä yhteistyönä. Voimassa olevan ohjeistuksen takia ainoastaan lääkäri voi yksin kuntoutujan kanssa laatia kuntoutussuunnitelman. Muiden

työntekijöiden laatimat kuntoutussuunnitelmat pitää jossakin muodossa hyväksyttää lääkärillä. Toisen kuntoutuksen suunnittelussa ilmenneen työmallin nimesin työnjakoon perustuvaksi malliksi. Tähän ryhmään sisältyi suurin osa aineiston tapauksista, mutta toteutuksen muodoissa ilmeni suurta eriytymistä. Kolmannen työmuodon nimesin ryhmätyöhön perustuvaksi malliksi. Siinä eri ammattiryhmiä edustavat työntekijät kokoontuivat yhdessä rakentamaan kuntoutussuunnitelmaa. Neljännen työmallin nimesin välittyneeseen tietoon perustuvaksi ryhmätyön malliksi. Kuntoutuksen suunnittelun tyypittely näihin neljään ryhmään ei ollut yksiselitteistä, mutta tämä kehikko auttaa tarkastelemaan niitä keskeisiä tekijöitä, jotka liittyvät kuntoutuksen suunnitteluun.

## 4.2 Työmallit

### 4.2.1 Lääkärikeskeinen malli

Yksinkertaisimmassa muodossa kuntoutujan kuntoutussuunnitelma laadittiin terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Tällöin läsnä olivat pelkästään lääkäri ja kuntoutuja. Suunnitelman laatiminen perustui kuntoutujan kanssa käytyyn keskusteluun ja kirjalliseen tietoon. Kirjallisena tietopohjana oli potilaskertomusaineisto ja palveluntuottajalta saatu palaute aiemmin toteutetusta kuntoutukselta. Konsultaatioapua lääkäri ei pyytänyt muilta työntekijöiltä. Tietotekniikkaa oli käytetty avuksi asiakirjahallinnassa ja tietojen selaamisessa.

*Hyvin niukka oli se tutustuminen, että kyllä tää tämmöstä, papereihin perustuu. – – Meillähän on tämä Effica-systeemi tässä ja mitä tuol tietokonneella on todistuksia, sieltä voi niitä printata, mut sitte näitä vanhoja paperikertomuksia, sitten meillä on eri arkisto, nii sieltä sitten kaivan ne läpi ja tuota yleensä on aika hyvin kyllä tehty ne kuntoutussuunnitelmat ja mutta sitten minä kuitennii perehyn sosiaalinen anamneesi ja sitten katson kaikki sairaudet ja sitten psyykinen anamneesi ja kyllä minä aika hyvin ne ylös omasta mielestäni kirjaan, että tota tulee kaikki nämä näkökohat käytyy läpi sitten. (S10)*

Aiemmin laadituilla kuntoutussuunnitelmilla oli näissä tapauksissa keskeinen merkitys. Kuntoutuksen suunnittelu näytti aiemmin tehdyn suunnitelman toistamiselta. Suunnitelman laadinnan pohjana toimivat vahvasti aiemmat kirjalliset dokumentit kuntoutussuunnitelmasta. Lääkäri toisti näissä tapauksissa niitä kuntoutussuunnittelun linjauksia,

joita aiemmat työntekijät olivat tehneet. Toistamista oli saatettu jatkaa useamman terveyskeskuslääkärin toimesta, mutta alun perin kuntoutussuunnitelmat oli laadittu erikoissairaanhoidossa.

*Hänen kuntoutussuunnitelma oli jo pohjalta rakennettu ennen kun me tavattiinkaa. Siinä oli varmaan sillo alun perin ollu isompiki ryhmä sitä suunnittelemas. Mut et me ollaan nyt sit lähinnä sitä sit jatkettu ja katottu. Katottu, et siel ei oo mitä suurii muutoksii mun mielest nyt tullu täs viime vuosina. Et se on tää fysioterapia ja sit jotain tämmösiä apujuttuja, mitä on, et me ollaa häne kans niinku kaksistaan vaan näitä sitte pohdittu näitä asioita ja tällä tavalla. (S6)*

Perusterveydenhuollossa lääkärin ja kuntoutujan välinen suhde saattoi olla hyvinkin pitkäaikainen ja tiivis, mutta yleisemmin kerrottiin hoitosuhteiden lyhentyneen organisatoristen alue- ja erikoistumisjakojen sekä lääkäreiden tiheän vaihtuvuuden takia. Vaikeavammaisten palveluja käyttävät kuntoutujat eivät myöskään välttämättä tarvinneet lääkäripalveluja vammaisuuksiin oikeuttavan perustilanteensa takia vaan akuutteja hoitopalveluja tarvittiin usein joidenkin muiden sairauksien, kuten diabeteksen, hoidossa. Tämä taas saattoi eriyttää kuntoutujan hoitovastuuta useammalle lääkärille. Lääkärien tiheä vaihtuminen ja tämän takia lyhyiksi jäävät asiakaskontaktit sekä organisaatioissa tapahtuneet uudelleenjärjestelyt tulivat aineistossa esille sekä kuntoutuksen suunnittelutahon, palveluntuottajien että kuntoutujien kertomuksissa. Kuntoutuksen suunnittelua vaikeuttavana tekijänä pidettiin sitä, ettei kuntoutujalla ollut pitkäaikaista hoitosuhdetta.

*Siinäpä se, kun nyt ekan kerran sillo näin, ku tein kuntoutussuunnitelmaa, niin tuntu tai toisen kerran, ni siinä ei kerkee kovin kummosta yleisvaikutelmaa kyllä tulla, että se on harmi, kun hän ei ole mikkää pitkäaikane (hoitosuhde). (S10)*

*Suunnitelmapuolella ni, siellä on paljon töitä ja vaihtuvuuttakin, ketkä suunnittelee, lääkäri-lähtöstähän se on, niin siellä varmasti on paljon tietämättömyyttä. – – Hyvin paljon veikkaisin tai sanosinko, että näin se on, että terveydenhuollossa niin ei ensimmäisenä kiinnitä siihen huomioo, hoietaan jotain muuta, heijän tehtävänsä on ensisijaisesti. (T9)*

Kuntoutujan tapaamiseen ja kuntoutussuunnitelman laadintaan käytetty aika saattoi olla hyvinkin rajallinen. Eräs lääkäri kertoi, että kuntoutussuun-

nitelman tekemiseen oli käytettävissä poikkeuksellisen pitkä vastaanottoaika, peräti puoli tuntia. Kuten myöhemmästä sitaattilainauksesta ilmenee, lääkäri rinnasti kuntoutussuunnitelman laadinnan todistusasioihin. Asian voi tässä tilanteessa tulkita niinkin, että lääkäri ikään kuin todisti sen, että aiempi kuntoutussuunnitelma oli edelleen toimiva. Tarvetta aiemman suunnitelman muuttamiseen ei joko ollut tai siihen ei osattu lähteä tekemään muutosesityksiä.

*Siihen on varattu sitte se puol tuntia aikaa, että vähän enemmän ku normaalilla käynnillä, että ei yhtään sen pidempää, että työtahti on melko kiivas, että varttitunnin käyntiä on niinku nopeimmat käynnit ja 20 minuuttia on sitten seuraavat käynnit. Puol tuntii on se pisin aika sitten, että puol tuntia nämä todistusasiat, että siinä pitäis käyvä sitten lävi potilaan kanssa nämä kaikki asiat ja hänen toivomuksensa. (S10)*

Perusterveydenhuollolla on eri sairauksia ja vammoja potevien asiakkaiden joukko vastuullaan eikä siellä voida valikoida tehtäviä ja asiakkaita. Eräs kuntoutusohjaaja, joka teki töitä sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa, arvioi perusterveydenhuollossa tehtävien kuntoutussuunnitelmien laadun vaihtelevan suuresti. Perusterveydenhuollossa tehtiin hänen kokemuksensa mukaan sekä hyviä että puutteellisia suunnitelmia. Kuntoutussuunnitelmien epätasaisuuden syyksi hän esitti sen, että terveyskeskuksessa ei ollut sitä erikoisosaamista ja tietotaitoa, mitä kuntoutujan tilanteen kartoittaminen edellytti. Hän esitti, että tarvitaan sekä tietoa että taitoa, mutta pitää myös varata riittävästi aikaa kuntoutuksen suunnitteluun ja muiden ammattiryhmien osaamisen hyödyntämiseen. Mikäli suunnitelmat ja tarpeiden perustelut jäivät vajaiksi, saattoi kuntoutujan oikeus kuntoutuspalveluihin jäädä kokonaan toteutumatta.

*Terveyskeskuksissa, siellähän tehdään osittain hyviäki kuntoutussuunnitelmii, mut välil tehdään AIVAN onnettomii. Et tavallaan ihmiset ei saa niitä tarvitsemiaan terapioita sitte ihan huonojen lausuntojen pohjalta. – – Et mä olin (paikannimi), terveyskeskukseks tekemäs kuntoutussuunnitelmaa terveyskeskuslääkärin kans, ni asiakas oli tetrapareesi. Päätteks lääkäri sano, et ei hän tienny, et täs oli näin pal erilaisii asioi, mitä piti huomioida. Et toisaalta ko ei oo sitä tietotaitoo ja niit ihmisii, mä tietenki puhun vaan niist selkäydinvammasist nyten, niin ei tiedä, et mitä kaikkee siihe voi liitty. Ja myöki tuon vaan sen oman tietoni niinkö kuntoutus-*



*ohjaajana siihen. Kyl ainaki siitä huomas, et tää lääkäri oli tosi tyytyväinen. Et varmaan avarsi häne ajatuksiaan, ja uskoisin, et hän sit eri taval viel keskittyy seuraaviin kuntoutussuunnitelmiin ja näkee sitä laajemmin, et mitä hän siihen sitte kirjaa ja mitä tehhä, tutkii tai haastattelee. Ja ko se ei mee millää lyhyellä vastaanottoajalla läpi tää kuntoutussuunnitelman teko, et kyl siihe pitää varata enemmän aikaa. Tuntuu välillä, et se on semmonen vartin aika haastatella ja sit se on ohi. Se on kuitenkin niin terveyskeskuksessa se usein kuitenkin tehhään kaheks vuojeks, ni se on aika iso asia ihmisellä kaheks vuodeks tehdää päätöksiä hänen asioistaan tai suosituksia. (S7)*

Haastatellut terveyskeskuslääkärit kertoivat, että heillä oli vuosittain tehtävänänsä vain muutaman vaikeavammaisen kuntoutujan kuntoutussuunnitelman laatiminen ja kuntoutujien sairaudet ja vammat olivat erilaisia. Terveyskeskuslääkärit olivat yleislääkäreitä, eikä heillä ollut erityisosaamista eri sairauksista ja niiden kuntoutusmahdollisuuksista. Palveluntuottajat kertoivat kokemuksenaan myös sen, että terveyskeskuslääkärit kirjoittivat kuntoutussuunnitelmia näkemättä kuntoutujaa tai viimeisestä tapaamisesta oli useita vuosia aikaa. Palveluntuottajat arvioivat vähäisellä erityisasiantuntemuksella ja kiireessä tehdyillä kuntoutussuunnitelmilla olevan vakavia vaikutuksia kuntoutujien kuntoutuspalvelujen saamiseen ja oikeusturvan toteutumiseen. Mikäli kuntoutussuunnitelma ei ollut tehty riittävän laajana ja tarkasti eikä tarpeita ollut perusteltu, kuntoutujalla oli suuri vaara jäädä tarvitsemiensa palvelujen ulkopuolelle. Jotkut palveluntuottajat arvioivat, että kuntoutussuunnitelmien taso oli huonontunut, kun kuntoutussuunnitelman edellytettiin olevan julkisen terveydenhuollon laatima. Arveltiin, että kaikki kuntoutujat eivät käy terveyskeskuslääkärin lisäksi yksityisesti erikoislääkärillä jo taloudellistenkaan seikkojen vuoksi. Kuntoutussuunnitelmien suuri tason vaihtelu antaa aiheutta otaksua, että kuntoutujat asettuvat keskenään eriarvoiseen asemaan kuntoutuspäätöksiä tehtäessä.

*Ja sit saatetaanki mennä terveyskeskukseen mis on omalääkäri. Mikä ei ole ehkä ikinä nähnykään ja lääkäri ehkä kunnolla edes tiedä kyseisestä diagnoosista ja varsinkaan toimintakyvyn haitoista paljoakaan. On ollu jopa tapauksia sit, että lääkäri on kirjottanu kuntoutussuunnitelman näkemättä kuntoutujaa. Ihan papereitten perusteella tai sen että hän on nähnyt joskus muutama vuosi sitten. – – Terveyskeskus ei välttämät sit aina ihan tiedä niistä asioista niin tarkalleen.*

*Voi olla, et moni asia menee vähä huonompaan suuntaan, et jossei taloudellisesti ei ehkä lähde sit sinne yksityislääkärin vastaanotolle. Joku menee, mut kaikki ei tee sitä kuitenkaan. (T7)*

*Nää on aika vaativii kuntoutujii, vaikeavammaset. Et aina ei ymmärretä sitä kuin pikkutarkkaa sen perustelun täytyy olla, et se menee Kelas läpi. (T6)*

Kuntoutussuunnitelman muotoutumisessa katsottiin olevan huomattava merkitys sillä, miten laajasti kuntoutuja itse oli perillä tarpeistaan ja kuntoutuksen suomista mahdollisuuksista sekä miten hyvin hän pystyi esittämään omat toiveensa suunnittelu-tilaisuudessa. Myös kuntoutujaa tukevien henkilöiden toiminnalla nähtiin olevan suuri merkitys silloin, kun kuntoutujan itse ei katsottu olevan kykenevä vaikuttamaan suunnitelman sisältöön. Kuntoutujan ja häntä avustavan henkilön merkitys korostui erityisesti silloin, kun kuntoutussuunnittelua edustava työntekijä ei tuntenut kuntoutujan tilannetta aiemmilta tapaamiskerroilta ja mikäli hänellä ei ollut syvällistä tietämystä kuntoutuksen tarjoamista mahdollisuuksista. Tätä näkemystä toivat esille sekä kuntoutujat että palveluntuottajat, mutta haastatellut lääkärit eivät tuoneet tätä puolta lainkaan esille. Näkemysten erilaiset painotukset antavat viitteitä sellaiseen tulkintaan, että kuntoutujan ja häntä avustavien henkilöiden kokemuksilla ja tietämyksellä ei ole samanlaista painoarvoa kuin asiantuntijan tietämyksellä.

*Nii eihän lääkäri yleensä tutki. Se kuuntelee, mitä mie sanon, hän kirjottaa vähän sen mukkaan ja sit tietysti vähä omaa juttuu, ei se tutki millään lailla mua. (K8)*

*Kun hän on menny sitä kuntoutussuunnitelmaa tekemään, ni hän on tehny jo tän analyysin itte. Hän ei hirveesti paljon siin lääkärin neuvoo kaipa, niin et otetaanks tosta pois vai tästä pois ja et hänhän pystyy hyvin ilmasemaan myös itte sen oman tarpeensa. (T4)*

*Jos on vaikeesti vammanen ihminen, niin ei voi odottaa, että se tekis niinku itte. Siinä mielessä se tukiverkko on niinkun sillä tavalla tärkeä, että se semmonen helposti käytettävä tukiverkko ois käytössä, et osa tietysti osaa tehdä ei siinä mitään, mutta sitten nää on toiset sitte, jotka ei sitä osaa tehdä. (T9)*

Palveluntuottajien palaute aiemmin toteutetusta kuntoutuksesta oli useimmiten lääkärin käytössä ja

sitä käytettiin hyväksi jatkosuunnitelman tekemisessä. Toisaalta ilmeni jonkin verran kritiikkiä siitä, että palautteet eivät olleet aina käytettävissä. Tässä jäi kuitenkin epäselväksi, oliko palaute toimitettu asiallisesti vai oliko kysymys siitä, että lääkäri ei ollut ehtinyt etsiä palautetta potilaskansiosista. Palautteita ja muita kirjallisia dokumentteja ei ollut vielä viety jatkuvaan sairauskertomukseen, vaan ne piti etsiä potilaskansiosista.

*Hän lukee sieltä sen mitä fysioterapias on tapahtunu ja tekee sit sen perusteel taas sitte sen lausunnon Kelalle seuraavaa varten. (K4)*

*On tärkeä niinku tulee palautteet, et niinku tiedetään, et mikä tilanne on ja näin. Mut sitä palautetta ei ihan aina oo. (S6)*

Sekä kuntoutussuunnitelman laatijat että yksinään toimivat terapeutit toivat esille sen, että kuntoutuslaitoksista tuli laaja-alaisia ja perusteellisia lausuntoja. Näitä lausuntoja voitiin helposti käyttää kuntoutussuunnittelun perustana tai laittaa kuntoutuslaitoksen tekemä suunnitelma suoraan julkisen terveydenhuollon tekemän kuntoutussuunnitelman liitteeksi.

*Se on niinku hyvä laittaa sitten tähän niinku liitteeksi ja nimenomaa, että näkis, että mitä siitä on potilas hyötynyt ja epikriisithän tulee laitoksesta kyllä pääsääntöisesti, että mukavasti. (S10)*

*Jos käydään vaan lääkärillä, ni ei siel välttämät tuu tämmöset ja ei kaikki ihmiset aina itse huomaa sitä muuttuvaa tilannetta, että nyt voisi olla tästä asiasta. Et laitostuntoutuksessa huomataan, ja on sit siel ollu se mahdollisuus, siel on niin pal henkilökuntaa, et sit siel on ne sosiaalityöntekijät, ne saa pistetty, nyt pistetään tää asia pyörimään. – – Se kokonaisvaltaisuus mun mielestä on se tärkeä. (T7)*

Lääkärikeskeisessä työmallissa ei käytetty hyväksi työpaikan muiden työntekijöiden tietotaitoa. Kuntoutussuunnitelma pohjautui vahvasti aiempaan suunnitelmaan ja kuntoutujalta saatuun informaatioon. Tämä työmuoto on lääkärin kannalta tehokasta työajan käyttöä, sillä yhteistyön tekeminen vaatii yleensä aikaa. Ensinnäkin pitää selvittää mahdolliset kumppanit ja sopia yhteistyön tekemisen muodoista, mikäli tähän ei ollut käytössä vakiintuneita työkäytäntöjä. Lääkäri saattoi arvioida kuntoutuksen suunnittelun myös niin rutiiniluonteiseksi tehtäväksi, ettei hän osannut kaivata siihen muiden työntekijöiden tietotaitoa.

Kuten Paavo Rissanen (2008, 625) toteaa, kuntoutuksen suunnittelu on koettu terveydenhuollossa kiusalliseksi työn lisäksi, jota varsinkin lääkärit vierastavat. Hän olettaa syyksi sen, että perus- ja erikoistumiskoulutus sisältää riittämättömästi tietoa kuntoutuksen periaatteista.

Yksin työskentelevistä lääkäreistä muutama, mutta yllättävän harva, toivoi yhteistyön lisäämistä kuntoutuksen suunnittelussa. Heillä olisi ollut mahdollisuus käyttää hyväkseen työpaikan muiden työntekijöiden, kuten fysioterapeutin ja osalla myös erikoislääkärin taitotietoa, mutta he eivät käyttäneet sitä hyväkseen. Tiimityön laajentamisen mahdollisuutena esitettiin yhteistyön tekemistä tiiviimmin palveluntuottajana toimivan fysioterapeutin kanssa. Tällöin olisi mahdollista tehdä uusi kuntoutussuunnitelma yhdessä lääkärin, kuntoutujan ja palveluntuottajana toimivan fysioterapeutin yhteistapaamisessa. Toisaalta pohdittiin myös sitä, mikä olisi sopivin paikka vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmien tekemiseen. Riittääkö yleislääkärin tietotaito siihen vai pitäisikö kuntoutuksen suunnittelu olla kuntoutukseen erikoistuneen lääkärin vastuulla?

*Meilläki on täällä talossa neurologi, mut toisaalta kyllä, ei oo oikeesta tullu mieleen käyttää. En mä usko, et hänkää on siinä kuitenkaan sit vaikeavammasten, sillai tietää sen enemmän näistä oikeestaa. Et kyl se varmaan ihan perusterveydenhuolto on hyvä paikka kuitenkin missä nää asiakkaat käy. (S6)*

*No, se just nimenomaa, että pitäiskö nämä jotain muuta reittiä sitten mennä ku terveyskeskuksen kautta, että ois joku semmonen ihan lääkäri, joka katsos pelkästään näitä, että riittäskö esim. [paikannimi] potilaspopulaatio tietysti näin vaikeavammaisia, jotka kävis yhen lääkärin kautta. (S10)*

*Ajattelis, et monien kohdal voisi olla ihan hyvä, et sitä tehtäs vähä sille enempi tiimityönä vielä sitä kuntoutussuunnitelmaa. Jos on tuttu palveluntuottaja, ni voisi hänen kanssaan ajatella, että olis vaikka kolmestaan. (S6)*

#### 4.2.2 Työnjakoon perustuva malli

Työnjakoon perustuvassa työmallissa kuntoutuja tapasi useampia, eri ammatteja edustavia työntekijöitä, mutta hän tapasi heidät eri tapaamiskerroilla. Työntekijät eivät tavanneet toisiaan vaan tiedot

välitettiin kirjallisessa muodossa. Lääkärin lisäksi muita kuntoutujan tapaavia työntekijöitä aineistossa olivat kuntoutusohjaaja, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Erillisissä tapaamisissa muun kuin lääketieteen edustaja teki oman alansa arvioin tilanteesta ja toimitti sen edelleen lääkärille. Hän saattoi jopa laatia koko kuntoutussuunnitelman itsenäisesti ja tarjota esityksensä lähinnä lääkärin hyväksyttäväksi ja allekirjoitettavaksi. Moniammatillisuus toteutui tässä työmuodossa eriytyneenä. Eri ammatteja edustavat työntekijät tapasivat kuntoutujan eri kerroilla, eivätkä he keskustelleet hänen tilanteestaan keskenään. Suurin osa aineiston kuntoutussuunnitelmista rakennettiin tämän työnjakoon perustuvan yhteistyön avulla. Aineistossa tätä työmallia käytettiin erikoissairaanhoidossa ja yhdessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon välillä toteutetussa työmuodossa.

*Meiän klinikassa se tavallaan pyörähtää käyntiin mun kautta se suunnitelman laatiminen. Ja sit siihen tulee lääkäri ja se muu porukka, mitä mahdollisesti tarvitaan. Mut et mun ja lääkärin kanssaahan sitä, ja tietysti potilas siinä myöskin. Mut että me kolmistaan pitkälle sitä viedään. (S5)*

*Ja sitten tietysti lääkäri sen lukee ja allekirjottaa. Ja aina siinä on se, täytyy lääkärille antaa mahdollisuus muuttaa, että jos tulee muutoksia, niin sitte mää ne muutan. Tai siis lääkärihän sen allekirjottaa. Ja periaatteessa, no mä esimerkiksi voin ne lääketieteelliset, siis nää diagnoosit ja neki pistää valmiiks, koska ne on noissa pape-reissa ihan selkeesti meillä. Mutta lääkärihän ne viime kädessä tarkastaa, et JOS NIMMARINSA PISTÄISI. (S13)*

Työnjakoon perustuvaa työmuotoa toteuttavista työntekijöistä jotkut tunnistivat, että heidän toimintatapansa oli erilainen kuin moniammatillisen toiminnan ideaalimalli, jossa työntekijät tapasivat kuntoutujaa yhdessä. Työntekijät esittivät omia työtapojaan pohtiessaan perusteluja siihen, miksi kuntoutujaa ei tavattu yhdessä ja miksi ei käytetty laajemmin hyväksi muiden ammattiryhmien tietämystä. Yhtenä esteenä nähtiin perinne, johon yhteiset tapaamiset eivät kuuluneet. Yhteisten tapaamisten järjestäminen olisi ollut työlästä silloin, kun yhteistyökumppaneita oli paljon ja työntekijät vaihtuivat tiheästi.

*Siis onhan niitä nyt ainakin viis vastaanottoa, osastolääkärit. Sit on vielä päiväosastonlääkärit. Onhan niit useita lääkäreitä yliopistollises*

*sairaalas. Siis nehän kiertää. Että toivoo sopii, et sielt löytyy sellanen lääkäri, joka sit on just viisimpänä kerralla nähnyt potilaan, mut kyllä siis suurimmalla osalla se toimii. Et on se sama. Koska sit siinä on just välillä se hankaluus, et jos tää potilas on menny tammikuus lääkäril, ja hän tulee nyt mulle vastaan- tähän, niin siinä on aika pitkä aika sinne lääkärin menneeseen käyntiin. (S5)*

*H: Osallistuuko lääkäri joskus konkreettisesti tähän kuntoutussuunnitelmapalaveriin? S: Mulla ei oo osallistunu eikä se oo ehkä niin tarpeen, mutta lasten kohdalla kyllä yritetään. Et en mä usko, että hänel nyt mitään sitä vastaan olis, mut kun sitä on niin hirveen vähän sitä lääkäriaikaa täällä vielä. Ihan toivottoman vähän. (S13)*

Mikäli työyhteisössä ei ollut muotoutunut menettelyä yhteisten tapaamisten järjestämiseen, koettiin niiden organisointi erittäin työlääksi. Vastaanottoajat oli varattu pitkiksi ajoiksi eteenpäin, ja suurimpana esteenä esitettiin lääkäreiden kiire ja ajankäytön jakaminen.

*Meil on aika buukattu fysioterapia myöskin, et tavallaan se, että ne pääsis arviointiin sinne, niin luultavasti se aika menee neljän kuukauden päähän, jollon kaikki on ummessa ja pitäis tavallaan lausunnot jo eteenpäin. (S5)*

*Siihen ei oo mahdollisuutta kyllä, että vois kokoontua sillee, että lääkärit ois, ei yksinkertaisesti oo aikaa. Ei varmaan oo siellä päässä, mut ei oo täällä päässä, tällä lääkärillä aikaa. Se on ihan mahdoton ajatus. (S13)*

Jotkut kuntoutuksen suunnittelun työntekijät kaipasivat moniammatillista yhteistyön tekemistä ja joissakin toimipisteissä sen tiedettiin toimivan. Toisaalta osattiin kertoa erikoisaloista, joissa yhteistyön tekemisessä nähtiin kehittämisen tarvetta. Näitä aloja olivat sisätaudit, kirurgia ja neurologia. Yhteistyön tekemisen mahdollisuuksia pohdittaessa nousi esille myös se, että mahdollisia yhteistyökumppaneita ja heidän työtapojaan ei tunnettu riittävän hyvin.

*No tuota yhteistyö, niin tuot, minä oikeestaan oon joka suuntaan yhteyksissä, niin meidän talon sisällä ois kehitettävää, nimenomaan siinä moniammatillisuudessa. (S1)*

*Meillä kuntoutustutkimus ja apuvälineyksikössä se moniammatillisuus ja tällöinen toimii mun*

*mielestä hyvin. Mutta se on niin pieni yksikkö. Ja se on niin murto-osa niistä asiakkaista, jotka siellä kumminkin niinku esimerkiksi pystytään niitä kuntoutussuunnitelmia tai muita kattoamaan, että se on hyvin pieni joukko. Mutta miten voi sanoa sisätaudit, kirurgia, neurologia, niissä kehittämisen varaa ois kovasti. (S2)*

*Ja varmasti siis tarvetta ja halukkuutta sille olisi, mut et myös ehkä joskus se on itselle myös, ei se ole mulle niinku niin tuttua, et en mä oikeen osaakkaan ehkä sitä mitenkään suositella. (S5)*

Organisaatioilla on aina omat viralliset ja epäviralliset tavoitteisiin, tehtävämäärityksiin ja toimintatapoihin liittyvät sääntönsä. Ihmisten toiminta organisaatioissa ei kuitenkaan ole sääntöjen hallitsemää. Sääntöjen avulla ja samalla niitä luodessaan ihmiset pikemminkin suunnistavat erilaisissa tilanteissa. Säännöt ovat toiminnan välineitä ja ihmiset käyttävät niitä, eivät yksinomaan seuraa. Työntekijät ja asiakkaat käyttävät kohdatessaan kulloisenkin organisaation sääntöjä tulkintaresursseinaan. (Juhila ja Pösö 2000, 37.) Työntekijöillä on keskenään myös valta luoda toiminnassaan erilaisia kollektiivisia asiantuntijuuskulttuureita yhdenkin organisatorisen rakenteen sisällä (Pösö 2000, 275).

Työntekijöiden keskinäinen yhteistyö tapahtui tässä työmallissa kirjallisesti viestimällä. Kun kuntoutujan tilannetta kuvataan kirjallisesti monen eri vaiheen tai työntekijän kautta eteenpäin, on tärkeä kysyä, miten hyvin tietoa pystytään välittämään eteenpäin. Vartiainen (2006, 154) korostaa, että sanoilla ja käsitteillä on erilaisia merkityksiä eri ammattialoilla ja eri työyhteisöissä. Erilaiset merkitykset, miten osapuolet tulkitsevat käsitteitä, eivät avaudu ilman dialogia. Eri osapuolten on mahdollista saavuttaa yhteinen merkityksenanto – yhteinen kieli ja yhteisymmärrys vasta sitten kun he ymmärtävät, mitä kukin keskeisillä käsitteillä tietystä työtilanteesta ja -suhteesta tarkoittaa. Toimiva yhteistyösuhde edellyttää myös molemminpuolisen tarvitsevuuden tunnustamista.

Tieto on usein luokiteltu kahteen lajiin: täsmälliseen eli eksplisiittiseen tietoon ja hiljaiseen eli implisiittiseen tietoon. Hiljaista tietoa on myös nimitetty kokemukselliseksi tiedoksi. Täsmällistä tietoa voidaan ilmaista sanoilla ja numeroilla. Se on helposti tallennettavissa ja siirrettävissä, se voidaan irrottaa kontekstistaan, sitä voidaan jakaa datan, tietteellisten määrittelyjen, käsikirjojen yms. muodossa. Hiljainen tieto sen sijaan on hyvin henkilökohtaista ja kontekstisidonnaista. Siihen vaikuttavat

subjektiiviset tunteet ja intuitiot. Sitä on vaikea verbalisoida, ja se on syvästi ankkuroitunut ihmisen toimintaan ja kokemukseen sekä ideaaleihin, arvoihin ja emootioihin. Se on jaettavissa vain reaaliaikaisessa ja kasvokkaisessa kontaktissa. Näiden tiedon muotojen katsotaan olevan toisiaan tukevia ja jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. (Polanyi 1966; Nonaka ja Takeuchi 1995; Heino 2006, 174–175.) Terveystieteiden huollossa vallitsevana tiedonkäsityksenä on perinteisesti ollut datakeskeinen, 'puhtaan' tiedon käsite. Siinä tieto ymmärretään yksittäisistä havainnoista koostuvaksi dataksi, josta edelleen muodostetaan yleisempää tietoa. (Nylander ym. 2003.)

Vaikka tiedot välitettiin kuntoutujakohtaisesti kirjallisesti, oli työntekijöillä kuitenkin mahdollisuus keskustella tarvittaessa yksittäisen kuntoutujan asioiden hoitamisesta. Erityistyöntekijät kertoivat myös pyrkivänsä opastamaan lääkäreitä kuntoutusasioissa. Heille kerrottiin, miten ja miksi kuntoutussuunnitelmia laaditaan ja minkälaisia kannanottoja niihin tarvitaan. Kuten aiemminkin on tullut esille, ovat kuntoutusasiat monimutkaisia hoidettavaksi eikä lääkäreiden koulutuksessa ole näihin asioihin kovin paljoa panostettu (ks. Rissanen 2008).

*Kaikkien meidän lääkäreiden kans on kumminksi sellane puhekontakti tai et niiltä uskaltaa aina mennä kysymään ja kyselemään ja apua, et mitä tän kans, et mitä mieltä sä oot ja voiks näin tehdä. – Ja tänäkin vuonna meillä oli aika paljon siihen panostettu, et mä oon tavallaan luennoinuu lääkäreille, ku heil on tiettyä miititit, ni mä oon ollu siellä pitämässä just näistä kuntoutusasioista luennon esimerkiks ja kuntoutussuunnitelmia aika paljon käsiteltiin siinä, et miten nää nyt laaditaan ja miks laaditaan ja minkälaiset kannanottoja ja missä vaiheessa. – Ihania nuo nuoret lääkärit, ketkä tulee, kun ne sit pääsee vaan tähän kaikkeen rullanssiin kiinni, ni ne on myös kiinnostuneita ja niitte kans on hirveen helppo jutella asioista. Et ne on valmiina kuuntelemaan sua ni se on tosi ihanaa. (S5)*

#### 4.2.3 Ryhmätyöhön perustuva malli

Ryhmätyöhön perustuvassa toimintamuodossa eri ammattilaisten koostuva työntekijöiden joukko koontui yhdessä tapaamaan kuntoutujan. Aineistossa löytyi esimerkki tästä työmuodosta sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidossa moniammatillisen tiimin muodostivat terveydenhoitosektorin työntekijät,

mutta perusterveydenhoidossa kuntoutustyöryhmän työskentelyyn osallistui myös sosiaalitoimen työntekijöitä. Erikoissairaanhoidon työryhmään kuului kuntoutusohjaaja, erikoislääkäri, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. Aiemmillä kerroilla tapaamisissa olivat olleet läsnä myös sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja psykologi. Perusterveydenhuollossa kokoontuvaan ryhmään kuului lääkäri, kotisairaanhoidon ja vuodeosaston osastonhoitajat, fysioterapeutti, psykologi ja sosiaalitoimen edustaja. Ryhmän koollekutsujana toimi perusterveydenhuollossa fysioterapeutti ja erikoissairaanhoidossa kuntoutusohjaaja.

*Siel on se asiantuntemus sitten kans. Et siel on semmosii palaveri jos on läsnä lääkäri, fysioterapeutit, toimintaterapeutti ja [sairaalan nimi] kuntoutusohjaaja. Yleensä ne on ollu nämä. (K5)*

*Meillä on kuntoutustyöryhmä, joka kokkoon-tuu, kuuluu lääkäri, kotisairaanhoidosta osastonhoitaja, vuodeosastolta akuutilta puolelta osastonhoitaja, sosiaalipuolen ihminen ja tuota psykologi. Tosin tällä hetkellä tekkee semmosta osittaista työaika, et sieltä ei aina saaha. Ja sitte oon minä. Ja sit tullee asiakas. (S11)*

Työryhmän tapaamisessa kuntoutuja sai kertoa omat kokemuksensa kuntoutuksen sujumisesta useampaa eri ammattialaa edustavalle työntekijälle yhtä aikaa. Työntekijöillä puolestaan oli mahdollisuus esittää näkemyksiään omalta erityisaltaaltaan ja tuoda niitä yhteiseen pohdintaan. Heillä oli mahdollisuus keskustella kuntoutujan tilanteesta, tarpeista ja tukimahdollisuuksista yhdessä sekä vertailla palveluntuottajilta saatuja palautteita kuntoutujan omiin kokemuksiin.

*Käydään yleensä läpi palautteet ja mitä on ollu tavoitteena sen kuntoutussuunnitelman aikana ja onko siellä käyty. – Sit hän voi kommentoida, et onko hän samaa mieltä, et tämmöstä on tehty – onks hän siihen tyytyväinen – jatketaanko samaan tyyliin vai onko jotain uusia ajatuksia että pitäis jotain uutta saada sinne – tosiaan fysioterapeutti ja toimintaterapeutti on siinä sitte paikalla ja katsoo tietenkin tilannetta, vähän sitä missä mennään. (S8)*

Perusteellinen kuntoutujan tilanteeseen perehtyminen vaati aikaa. Erikoissairaanhoidossa kuntoutujan tapaamiseen oli varattu tunti aikaa, mutta se koettiin liian vähäiseksi. Pidemmät tapaamiset olisivat tarpeen, jotta kuntoutujan tilanteeseen pys-

tyttäisiin kattavammin paneutumaan. Oli harkittu myös mallia, jossa kuntoutuja viettäisi koko päivän poliklinikalla, jolloin hänen tilanteestaan saataisiin konkreettisempi kuva. Tällä menettelyllä työryhmä uskoi saavansa yleisesti paremman kuvan kuntoutujan toimintakyvystä eivätkä työntekijät olisi niin paljon kirjallisten palautteiden varassa.

*Et ajattelin vielä tätä selkäydinvammapolia meilläkin, onhan meillä selkee tarve osalle varmaan mihin (kuntoutujan nimi) kuuluisi, ni pidempi. Ku meillähän on tunnin käynnit nämä polikäynnit, ni selvästi näillä sit ku on ongelmia, ni se ei tosiaa tunnissa selkene. Et sitte pitäis olla mahdollisuus johonki tämmöseen pidennettyihi poleihin tai tämmösiin. Sitä ollaan tässä nyt vähän suunniteltukkin osittain, et olis sitä mahdollisuutta pitää päivä täällä, ni sit näkis enemmän sitä käytännössä sitä toimintaa. Eikä olis niin paljon niitte lausuntojen varassa sitte, niistä palautteista. (S8)*

Työryhmätyöskentelyn käyttöä myös kritisoitiin. Kritiikki kohdistui työryhmän kokoonpanoon ja jäsenten vaihtuvuuteen. Koettiin, että kaikkien ryhmän jäsenten asiantuntijuus ei ollut riittävää tai tarpeellista eivätkä he tunteneet riittävästi kuntoutujan tilannetta. Asiakas ja lähityöntekijät tuntevat toisensa yhteistyön pohjalta, sen sijaan asiakas ja vieraat asiantuntijat kohtaavat työryhmän kokouksessa toisensa useimmiten ensimmäisen ja ainoan kerran (Kokko 2003, 70).

*Mullahan tehtiin se silloin viime vuonna tuossa terveystieteidenkeskuksessa siinä kuntoutustyöryhmässä, joka minusta on todella huono. Koska siinä vaihtuu koko ajan se kokoonpano ja siellä on semmosia ihmisiä jotka ei tiijä tuon taivvaallista vammaisuudestakaan. Siellä voi olla kotipalvelusta joku nainen istumassa ja joka ei siis tiiä asiasta mitään. Siellä ei oo välttämättä ees lääkäri paikalla. Että kuhan on koottu mun mielestä nimelisesti sinne ja ne jäsenet on paikalla kuka sattuu olemaan. Että ITE siellä pitää tietää. (K9)*

Ryhmätyöhön perustuvaan työmuotoon liittyy monia haasteita. Jorma Sipilä (1996, 201–206) nimeää yksittäisten ihmisten väliselle yhteisymmärrykselle kolme tärkeää ehtoa: yhteinen kohtaaminen ajassa ja tilassa, yhteiset kokemukset ja yhteinen kieli. Yhdessä tekeminen, niin että molemmat osapuolet ovat sitoutuneet ja suuntaavat toiminnan samaan päämäärään, ei ole mahdollista ilman yhteisymmärrystä. Yhteisymmärrys edellyttää, että molemmat osapuolet ymmärtävät toistensa näkökulmia

ja kieltä. Ymmärtämisen ehtoihin ei voi vaikuttaa ymmärtämistilanteen ulkopuolelta. Siksi ymmärtäminen on mahdollista vain dialogissa tietyn tilanteen, kokonaistilanteen puitteissa. (Vartiainen 2006, 153.)

Eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden yhteistyössä jaetaan tietoa, osaamista ja valtaa (Metteri 1996). Yhteistyön tarkastelussa on erotettu käsitteet ko-operaatio ja kollaboraatio. Ko-operaatio on työnjakoon perustuvaa eri ammattiryhmien tai organisaatioiden yhteistyötä ja kollaboraatio yhteistä ymmärrystä ja uutta tietoa luovaa yhteistoimintaa pitkäaikaisessa yhteistyösuhteessa. Yhteistä näille molemmille yhteistyön muodoille on pyrkimys yhteiseen tavoitteeseen. Kaarina Mönkkönen (2002b, 50–51) käyttää näistä käsitteistä suomenkielisiä nimityksiä yhteistyö ja yhteistoiminta. Yhteistyötä kuvataan puhuttaessa esimerkiksi tiimityöstä, ryhmätyöstä tai yhteistyöstä, jossa osapuolet jakavat työn ja tekevät erilaisia sopimuksia. Yhteistoiminnallisuutta hän kuvaa korkeimpana sosiaalisen vuorovaikutuksen muotona, joka toteutuu suhteellisen harvoin. Yhteistoiminnallisuus edellyttää yhteistä sosiaalista tietoisuutta, johon liittyy olennaisena osana luottamus.

Kokemuserustaisuuden lisäksi praktinen tieto on toiminnallista, henkilökohtaista, hiljaista, kontekstuaalista ja situationaalista. Esimerkkinä tällaisen tiedon käytöstä on kuvattu monimutkainen arviointitilanne, jossa joudutaan yhdistämään asiakasta koskevaa tietoa sekä oletuksia hänen tarpeistaan ja odotuksistaan. (Eteläpelto 1997, 98.) Kuntoutussuunnitelman laatiminen täyttää mitä suurimmassa määrin nämä monimutkaisen arviointitilanteen haasteet. Nonaka ja Takeuchi (1995) ovat korostaneet tiedon sosiaalista luonnetta. Heidän mukaansa tieto ja osaaminen muodostavat prosessin, jonka vaikutus riippuu prosessiin osallistuneiden henkilöiden vuorovaikutuksesta sekä siinä tapahtuvasta osaamisen jakamisesta ja vastaanottamisesta. Tällöin tietäminen ja tieto rakentuvat ihmisten välisissä suhteissa keskustellen ja neuvotellen

Nonakan ja Takeuchin (1995) mukaan sanallisen ja sanattoman tiedon vuorovaikutus johtaa uuden tiedon syntymiseen, joka voi prosessoitua eri tavoin. Kysymys on yksilöiden kesken tapahtuvasta tiedon vaihdosta. Monimutkaisen tiedon on todettu välittyvän paremmin, mikäli toimijoiden välinen suhde on pysyvä, vastavuoroinen ja luottamukseen perustuva (Granovetter 1973). Piilevän, hiljaisen tiedon ja koodaamattoman tiedon välittymisen toimijalta toiselle on todettu olevan 'tahmeaa'. Sen sijaan

koodattu tieto välittyy helposti eli on 'juoksevaa'. (Brown ja Duguid 2001.) Yhteistyöhön tottuminen ja siihen oppiminen edellyttää toistuvaa yhteydenpitoa ja vuorovaikutusta. Osallistujat oppivat jakaessaan konkreettisia yhteisiä tilanteita ja saavat tietoa toistensa ajattelusta ja toimintaorientaatioista sekä oppivat sitä kautta myös omasta toimijuudestaan. (Järvikoski ja Karjalainen 2008, 89.)

Voi olettaa, että ryhmätyöhön perustuvalla työmuodolla on edellytykset saada aikaan laaja-alainen suunnitelma, koska eri ammattialoja edustavilla työntekijöillä on mahdollisuus tuoda oman alansa tietämys jaettavaksi ja yhdessä pohdittavaksi kuntoutujan läsnäollessa. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että työntekijät ovat tottuneet työskentelemään yhdessä, ymmärtävät toistensa käyttämän kielen ja asioille annetut merkitykset.

#### 4.2.4 Välittyneeseen tietoon perustuva ryhmätyön malli

Omaksi työmalliksi hahmottui työtap, jossa kuntoutujan kuntoutussuunnitelma hyväksyttiin kuntoutustyöryhmässä. Itse kuntoutuja ei ollut läsnä tässä kokouksessa vaan hänen asiaansa käsiteltiin kirjallisen aineiston välityksellä. Tähän kategoriaan kuuluva muoto oli käytössä sekä suuren kaupungin terveydenhuollossa että pienemmässä terveyskeskuksessa. Pienessä terveyskeskuksessa kuntoutujalla olisi ollut mahdollisuus osallistua kuntoutustyöryhmän kokoukseen, mutta sitä ei häneltä edellytetty vaan suunnitelma hyväksyttiin pelkästään palveluntuottajan toimittaman palautteen perusteella.

*On kutsuttu, mutten ole koskaan ollu. – – En, koska se on tapahtuu jossaki tuolla terveyskeskuksessa tai kunnassa tai jossaki, minä en koskaan mennä sinne. – – Niin vaatis kuljetuksen. (K6)*

Suuressa kaupungissa työikäntö oli sellainen, että terveydenhuollon työntekijä, usein fysioterapeutti, tapasi kuntoutujan ja he laativat yhdessä kuntoutussuunnitelman. Työntekijä esitteli suunnitelman edelleen esimiehelleen, joka välitti tiedot edelleen kuntoutustyöryhmälle. Kuntoutustyöryhmässä oli eri alojen asiantuntijoita, mutta kuntoutujalla itsellään ei ollut mahdollisuutta osallistua ryhmän käsittelyyn vaan hänen tilanteensa välittyi suunnitelman laatijoille kirjallisesti monen portaan kautta.

*Fysioterapeuttina mun tehtäviin kuuluu fysioterapian osalta näitte lääkinällisen kuntoutusten asiakkaitten kuntoutussuunnitelmien tekeminen tai ehdotusten tekeminen tuota fysioterapian osalta. Osalle asiakkaita eli meille on jaettu, meitä on joku, onkohan meitä ny neljä, neljäviis fysioterapeuttia, joille on keskitetty sitten sekä [paikan nimi] että [paikan nimi] alueen nää tuota pitkäaikaissairaat ja vammaiset aluetta in jaettu. (S4)*

*Lyhyesti mitä mun tehtäviini kuuluu, niin ne on ensinnäki vastata täst kuntoutustyöryhmien toiminnasta. Et olla yhteyshenkilönä, että ku tulee, et mä lähetän niinku listat tavallaan tai teen esityslistan alun ja sit ihmiset täydentää sit aina kutakin kokousta varten. (S3)*

Työryhmän kokoonpano oli moniammatillinen. Työryhmällä oli mahdollisuus keskustella eri työntekijöiden ryhmälle tuomista suunnitelmista ja luoda esitetyistä terapioidista kuntoutujalle sopiva kokonaisuus. Työryhmällä oli myös mahdollisuus luoda yhteinen linja eri kuntoutujille suositeltavista terapioidista ja niiden määristä.

*Siis puheenjohtajana on lääkäri – – mutta yleensä siis tää edustus on, et fysioterapiasta, toimintaterapiasta, puheterapiasta ja sitte vammaispalvelun sosiaalityöntekijä näissä aikuisten kuntoutustyöryhmissä. (S3)*

*Viimeistään siinä kun se kuntoutustyöryhmä kokoontuu, niin siinä se vielä oikeen konkreettisesti se kokonaisuus tulee siihe esille, että työryhmä sitte siinä voi keskustella ja miettiä vielä. – – Et usein niistä just määristä esimerkiksi, että ne tietyst pyritää jo aikasemminkin käymään sitä keskustelua, mut et viimeistään siinä vaiheessa. Mikä on semmost järkevää ja sit joskus saattaa tulla näit tämmösiä tilanteita, että kun on monenlaisen terapian tarvetta, ni sit tuntuu kun se vedetään yhteen, niin eihän tää asiakas ehtis mitään muuta tehdä ku käydä terapiassa. (S4)*

Välittyneen työryhmätyöskentelyn toimivuutta perusteltiin työryhmän jäsenten pysyvyydellä ja ammattitaidolla. Esitettiin myös näkemys, että vuosittain tapahtuvan kuntoutujien asioiden käsittelyn takia ryhmä oppii tuntemaan asiakkaat paperilla. Työntekijät korostivat, että kuntoutujalla oli kuitenkin mahdollisuus ottaa yhteyttä suoraan kuntoutustyöryhmän yhteyshenkilöön halutessaan.

*Mun mielestä se on tällä lailla toiminu. Koska, kuitenkin nää on joka vuosi tai nää toistuu vuosittain ja pikkuhilijaa työryhmä jollain tavalla oppii tuntee nää asiakkaat sillä paperilla ja nää on todella hyviä ammattilaisia, jotka tässä on mukana. Että on kokeneita ja tietää nää yhteiset pelisäännöt, mitkä on, joita tietysti tarkistellaan koko aika. Ja just meillä oli muun muassa aikuisten kuntoutustyöryhmien koulutus, et mietittiin, et miten asioita pitäis hoitaa. Se oli ehkä vähän käytännön puolta, mutta kuitenkin, että meil on hyvin vahva asiantuntijuus näissä. Että varmaan löytyis kehitettävää, mut et me ei olla nyt huomattu vielä itte siinä mitään, mut et tää on hyvin toiminu, et tää ei tunnu meistä byrokraatiselta. Ja sitte me ollaa toki aina, jos asiakas vain haluaa, niin tuota yritetään aina rohkaista sitä, et ilman muuta saa olla meihin yhteydessä ja tosiaan tää tulos ilmeisesti aina kuntoutusryhmän jälkeen niin fysioterapeutti ilmottaa asiakkaalle sen, eiks niin? (S3)*

Kuntoutustyöryhmän yhteyshenkilö pahoitteli sitä, ettei hän tuntenut asiakkaitaan henkilökohtaisesti. Hän oli yrittänyt jonkun verran olla muiden työntekijöiden mukana kuntoutujien tapaamisissa, mutta ajanpuutteen ja työjärjestelyjen takia se oli jäänyt vähäiseksi. Hän uskoi, että kuntoutujien olisi helpompi olla häneen yhteydessä, mikäli he olisivat joskus kohdanneet hänet myös kasvokkain.

*Mehän tehtiin tossa vuosi sitten, oli semmosii tilanteit ku tuntuu et täs vaihees oli enemmän mul aikaa, ni me sovittiin muutamien asiakkaitten kanssa ja fysioterapeuttien kanssa, et mä meen sinne haastattelutilanteeseen mukaan. Et mä oon siellä edes vähän aikaa tai sit koko ajan, et riippuu siit, et ku se on kuitenkin fysioterapeutin ja asiakkaan välinen tilanne. Niin ettei välttämättä oo järkevää että yks ulko- tavallaan ulkopuolinen on siinä mukan koko aikaa. – – Mä aatteli, et kynnys mataloituis siihen, että vois ottaa paremminkin yhteyttä tännepäin tai ku mä soitan ni se on helpompaa. Ja me tehtiinkin muutamien asiakkaitten kans sillee kunnes sitte kävi niin että mulla alko ollakki vipinää. – – Se on asiakkaalle tosi tärkeä, että hän näkis myös sen yhteyshenkilönsä, jonka kans on puhunu puhelimes. (S3)*

Erilaisten selvitysten ja liitteiden lähettäminen saattoi olla kuntoutujalle vaativaa ja aina eivät paperit menneet ajoissa oikeaan paikkaan monimutkaisessa järjestelmässä. Työntekijöiden mielestä järjestelmä toimi hyvin, mutta kuntoutuja ei ollut samaa mieltä.

Hän oli joutunut toimittamaan erilaisia selvityksiä kuntoutuksen suunnittelua varten sen eri vaiheissa, kun tarvittavat paperit eivät olleet työntekijän käytettävissä.

*Ja sitt just siinä, ett ku on erilaisii yhteenvedoja ja raportteja sun muita, mitä pitää lähettää, niin nytkin niitä lähetettiin loka-marraskuussa tohon (paikannimi) pisteeseen ja nykkö tehtiin kuntoutussuunnitelma, niin siellä ei ollukkaan niitä papereita, ett ku heillä pitäis olla. Just nää yhteenvedot. – – No mä laitoin yhteenvedon, no onks sull viel yhteenvetoo koko täst hommasta? No, on. Olisin voinu pistää ne heti ekallaki kerralla, jos vaan ois kysytty. – – Siihen vaikuttaa hirveen moni asia, miksei se mee just silleen. Ne jää jollekki ihmiselle, ett ahaa tämmöset. Se jää tohon, kun sen pitäis mennä seuraavalle. (K2)*

Työntekijä perusteli asiakkaiden runsaudella sitä, ettei kuntoutujalla ollut mahdollisuutta osallistua kuntoutusryhmän käsittelyyn. Tässä kuntoutusryhmässä olivat tavallisesti koolla samat ennalta määrätyt työntekijät. Mikäli kuntoutujalla olisi ollut mahdollisuus osallistua työryhmän kokoukseen, olisi se edellyttänyt myös työryhmän kokoonpanon ja osallistuvien työntekijöiden vaihtumista siten, että siinä olisi läsnä kuntoutujan tilanteen tunteva työntekijä tai työntekijöiden ryhmä.

*Tuota, hän tuo nää, koska meitä on useempi, jotka tekee kuntoutusarvioita, ni hän kokoo ne ja tuo ne ryhmään. Koska, se ei käytännössä kans sitte että me jokane täällä oltas ja omien asiakkaitten asioitten tuomisessa, et meil on se mun mielest toimii hyvin sillä tavalla, et me käydään selkeesti se keskustelu tän mun esimiehen kanssa tästä. Hän lukee mun palautteen ja ehdotuksen heittää tarkentavia kysymyksiä, jolloin hän tietää nyt, et mitä keskustelua on käyty ja näin. Ja sitte tuo sen sitte tänne keskusteluun. – – Suunnitelmia on niin paljon tai asiakkaita on niin paljon näis meillä. Et ei voi kuvitella, et näis kokouksis olis joka kerta jokanen asiakas mukana, se on ihan mahdottomuus. (S4)*

Välittyneessä työmallissa on tärkeä merkitys sillä, miten hyvin kirjallisen tiedonvälityksen avulla pystytään kuvaamaan kuntoutujan tilanne niin, että se välittyy suunnitelman tekijälle ryhmälle ja edelleen kuntoutuksesta päättävälle taholle. Aiemmissä tutkimuksissa on tullut esille, että kuntoutussuunnitelmien avulla päätöksentekijälle välittyy puutteellinen kuva kuntoutujan toimintakyvystä ja kuntoutustarve sekä tavoitteet on perusteltu yllä-

kaisesti ja puutteellisesti (Kallanranta ja Rissanen 1996; Kari ja Puukka 2001).

Kasvokkain kohtaamiseen kytkeytyy myös kysymys vallasta ja vastuusta. Emmanuel Levinas (1996, 20–79) puhuu kasvoihin liittyvästä vastavuoroisuudesta ja vastuullisuudesta. Vastavuoroisessa suhteessa toinen kohdataan kasvoina. Kasvot eivät ole merkitykselliset siksi, että ne välittävät tietoa, vaan siksi, että ne esittävät minälle eettisen vaatimuksen. Vastuu merkitsee sitä, että ihminen on vastuussa myös siitä, mikä ei koske tai kuulu hänelle, mutta minkä hän kohtaa kasvoina. Asiakirjojen kautta tapahtuvan käsittelyn vaarana on katsottu olevan myös se, että asiakkaan ainutlaatuinen tilanne määrittyy helposti tapaukseksi, johon etsitään kaava-

## 5 Kuntoutujan asema ja suunnitteluun osallistuminen

### 5.1 Kuntoutujan asema kuntoutuksen suunnittelussa

Kuntoutujan osallistumisen korostaminen on vahvistunut kuntoutuksen ideaalikirjeessä. Vuoden 1998 kuntoutusselonteossa todetaan, että kuntoutujalla tulee olla tosiasialliset mahdollisuudet osallistua kuntoutuksensa suunnitteluun (Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta 1998). Neljä vuotta myöhemmin laaditussa selonteossa todetaan, että kuntoutujan aseman ja vaikuttamismahdollisuuksien perustana on kuntoutuksen tavoitteiden ja toimintakokonaisuuksien määrittely hänen omista lähtökohdistaan. Tämän katsottiin merkitsevän sitä, että itse menetelmät ja prosessit ovat aidosti kuntoutujalähtöisiä. (Valtioneuvoston kuntoutus-selonteko eduskunnalle 2002, 6.) Kuntoutuksen asiakkaista puhutaan käsitteellä ”kuntoutuja” ja halutaan korostaa kuntoutukseen osallistuvan ihmisen toimija-asemaa sekä kansalaisen muuntumista kuntoutuksen kohteesta subjektiksi (Rajavaara 2008, 43). Vaikeavammaisten kuntoutusta koskevassa laissa todetaan, että suunnitelma laaditaan julkisen terveydenhuollon yksikössä kuntoutujan tai hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa (L566/2005). On myös viitteitä siitä, että kuntoutusprosessi etenee sujuvammin ja johtaa parempaan lopputulokseen silloin, kun asiakas on itse aktiivisesti mukana tilanteen määrittelyssä ja tavoitteiden asettelussa. Asiakkaan vaikutusmahdollisuuksilla ja osallistumisella on merkitystä sekä prosessin etenemisen että vaikutusten kannalta. (Järvikoski ja Härkäpää 2008, 61.)



Kuntoutuksen suunnittelu voidaan kuvata kuntoutuksen asiantuntijan ja asiakkaan välisenä neuvotteluna, jossa osapuolilla voi olla erilaisia näkemyksiä kuntoutuksen tavoitteista, tausta-arvoista, edellytyksistä sekä mahdollisista hyödyistä ja haitoista. Heillä on myös erilaisia odotuksia toistensa rooleista ja vastuista sekä palvelujen perusteista, määristä ja ajoituksesta. (Järvikoski ja Härkäpää 2008, 60.) Ammatillaisen ja asiakkaan välinen suhde ei ole kuitenkaan tasa-arvoinen. Ammatillisilla on asiantuntijuutensa ja asemansa puolesta asiakkaaseen nähden tietoon ja valtaan perustuva auktoriteettiasema (Kokko 2003, 71). Kaarina Mönkkösen (2002a, 48–49) mukaan dialogisen suhteen edellytykset luodaan kunkin vuorovaikutustilanteen mahdollistamissa puitteissa. Usein jo kysymyksenasettelu synnyttää tietyn aselman ihmisten välille. Asiakastyön kannalta tämä tarkoittaa sitä, että jo oikeus kysyä asiakkaalta jotakin hyvin henkilökohtaista kertoo asiakkuuteen liittyvästä positiosta. Asiakkaalla tätä oikeutta ei ole.

Asiakkaan ja työntekijän tiedon ja tietämisen tavan on katsottu lähtevän eri pohjalta. Asiakas toimii oman kokemustietonsa varassa, joka pohjautuu elämän kokonaistilanteeseen arjessa (Pohjola 1994, 31; Metteri 1996, 143). Työntekijät puolestaan jäsentävät asiakkuutta ja asiakasta koskevaa tietoa ammatillisen asiantuntemuksen, erikoistumisen, työkokemuksen ja työorientaation pohjalta. Kohtaamisessa on oleellista, kohtaavatko erilainen tieto ja tietämisen tavat asiakkaan ja ammattilaisten välillä sekä ammattilaisten kesken. Tieto ja tietämisen tavat voivat sekä joutua toisiaan vastaan että täydentää toisiaan. (Vrt. Kokko 2003, 91.) Ammattilaisten puheen on katsottu rajaavan helposti muita tietämisen vaihtoehtoja, kuten arkitietoa ja kokemusta, keskustelun ulkopuolelle (Saurama 2002, 49). Asiantuntijan ja maallikon tiedon raja on käymässä entistä häilyvämmäksi. Nykyään asiantuntijuuden katsotaan rakentuvan neuvottelevaan asiantuntijuuteen, jossa tietämisen mahdollisuus on sekä asiantuntijalla että asiakkaalla (Leonard 1997; Pösö 2000, 272–273).

Anna Metteri ja Tuula Haukka-Waklin (2004, 61) ovat Paolo Freiren (1972) jäsennystä mukaillen kuvanneet kuntoutujaa subjekti-objekti-akselilla. Akselin toisessa päässä muut tietävät ja määrittelevät kuntoutujan kohteena ja toisessa päässä ihminen itse tietää ja tuottaa asioita. Kuntoutuja itse osallistuu keskusteluun, nimeää itse asioita ja liittyy toisiin ihmisiin, joiden kanssa voi toimia ja olla dialogissa. Williamsin ja Grantin (1998) esittämän käsityksen mukaan asiakaskeskeisessä toiminnassa kliinisiin

tarpeisiin perustuvia tavoitteita voidaan asettaa vain, mikäli asiakas tunnistaa ne ongelmikseen. Jos yhteistyösuhde on olemassa, kuntoutuja voi määrittellä paitsi tarpeitaan myös niitä toimenpiteitä, joita hän toivoo niiden vuoksi saavansa.

## 5.2 Kuntoutujan suunnitelman kohteena ja hyväksyjänä

Suurin osa kuntoutujista oli osallistunut kasvokkain kuntoutussuunnittelutapahtumaan ja kuvaili tapahtumien kulkua ja omia kokemuksiaan. Kuntoutujan mielipide välittyi kuntoutussuunnitteluun myös palveluntuottajan kirjallisen palautteen välityksellä eikä kuulluksi tuleminen välttämättä edellyttänyt läsnäoloa itse tapahtumassa, jossa kuntoutussuunnitelma tehtiin. Kuntoutus hahmottui kuntoutujille kokonaisvaltaisena prosessina, johon liittyi monia vaiheita ja erilaisia menettelyjä, joten heidän ei ollut helppoa eikä tarkoituksenmukaista erotella ja jäsentää kuntoutussuunnittelua omaksi tapahtumakseen, vaan siihen liittyi kiinteänä osana sekä kuntoutuksen toteutuminen että päätöksenteko. Puumalainen ym. (2009, 76) kiinnittävät huomiota siihen, että osa kuntoutujista mielsi Kelalta saamansa kirjallisen kuntoutuspäätöksen kuntoutussuunnitelmakseen ja esitteli sitä haastattelutilanteessa omana kuntoutussuunnitelmanaan.

Jotta kuntoutujalla on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa jollakin tavalla kuntoutuksensa suunnitteluun, pitää hänellä olla jonkinlainen yhteys kuntoutuksen suunnittelun toiseen osapuoleen eli julkiseen terveydenhuoltoon. Aineiston kymmenestä kuntoutujasta yhdeksän oli tavannut kasvokkain ainakin yhden kuntoutuksen suunnittelun julkisen terveydenhuollon edustajan. Yhden kuntoutujan kohdalla julkinen terveydenhuolto oli tehnyt kuntoutussuunnitelman palveluntuottajan kirjallisen lausunnon perusteella tapaamatta kuntoutujaa. Kuntoutuja tapasi useimmiten yhden tai useamman terveydenhuollon työntekijän eri kerroilla. Kaksi kuntoutujaa osallistui työryhmän kokoontumiseen.

Kahden kuntoutujan kuntoutussuunnitelma käsiteltiin työryhmässä siten, että kuntoutuja itse ei ollut tilaisuudessa läsnä. Toiselle kuntoutujalle oli tarjottu mahdollisuus osallistua suunnittelupalaveriin, mutta hän ei katsonut tarpeelliseksi osallistua siihen. Toisen kuntoutujan kohdalla toimintakäytäntö ei mahdollistanut hänen osallistumistaan kuntoutusryhmän kokoontumiseen. Perusteluna esitettiin, että kokouksessa käsitellään niin suuren

joukon asioita, ettei kuntoutujan osallistumisen järjestymiseen ollut mahdollisuuksia. Kuntoutujan näkemys välittyi työryhmälle terveydenhuollon fysioterapeutin kirjallisen viestin välityksellä.

*Ainahan se henkilökohtanen läsnäolo olis suotavaa, jotta pystys ite esittämään, ei nyt sano voimakkaasti nyt vaatimus, mutt toivomuksia. Mutt en minä oo katonnu oikeen tarpeelliseksi, että minä nyt joka paekkaan menen. (K6)*

*Suunnitelmia on niin paljon tai asiakkaita on niin paljon näis meillä. Et ei voi kuvitella et näis kokouksis olis joka kerta jokanen asiakas mukana, se on ihan mahdottomuus. (S4)*

Monet työntekijät ja kuntoutujat esittivät näkemyksensä, että kuntoutussuunnitelman tekemisessä henkilökohtainen tapaaminen ja se, että tähän tapaamiseen oli varattu riittävästi aikaa, oli erittäin tärkeää. Kuntoutuksen suunnitteluun liittyi niin monia asioita, ettei niitä pystytty kattavasti selvittämään lyhyessä ajassa. Kuntoutujilla oli erilaisia vajavuuksia, joiden seurauksena monen kommunikointi oli vaikeutunut tai hidastunut.

*Et se vaan kirjeitse postitetaan, ja et jatkakaa niinku ennenki, et mulle se ei ainakaan oo sellanen juttu, et kyl mä ehdottomasti haluun ihmisen nähdä. (S5)*

*Minusta se oli tosi hyvä, että tuota just se kuntoutussuunnittelija ainaki se oli tosi perusteellinen. Tosi perusteellinen ja meillä meni varmaan kaks tuntia sen kuntoutussuunnittelijan kanssa. (K9)*

*Että sillä me ollaan sitä perusteltukki, että asiakas tapaa sen terapeutin ja heillä on riittävä aika keskustella, ja jos on jotaki toiveita, ni se tulee, terapeutti kirjottaa, ihan et. Jos asiakas toivoo, et mä haluun niin ja niin paljon terapiaa ni terapeutti kirjottaa sen siihen palautteeseensa, jollonka työryhmä saa sen tietää. (S4)*

Henkilökohtaisessa tapaamisessa kuntoutujalla oli ainakin periaatteellinen mahdollisuus ilmaista omia toiveitaan ja tarpeitaan, mutta se, tuliko hän kuulluksi ja oliko hänen näkemyksillään vaikutusta päätöksentekoon, näyttäytyi monimuotoisena. Monien työntekijöiden kuvauksissa ilmeni, että he kysyivät kuntoutujan mielipidettä esitykselleen. Kuntoutujan läsnäolo kuntoutuksen suunnittelutilaisuudessa ja se, että kysytään kuntoutujan toivomuksia, ei vielä takaa, että kuntoutujan mielipide

tulee otetuksi huomioon. Asiakaskeskeisessä orientaatioissa saatetaan hyvää tarkoittaenkin ylläpitää viime kädessä asiantuntijavaltaa, joka perustuu vahvaan auttajan positioon. Valta on puettu vain ”hyvän” retoriikkaan. Molemmat osapuolet saattavat hyväksyä tuon position ja pitää sitä hyvänä asiakassuhteena, sillä se on edelleen hyvin vahva kulttuurinen malli asiakassuhteen jäsentämiseen. (Mönkkönen 2002a, 44.) Myös työntekijän käyttämä kieli saattoi olla sellaista, ettei kuntoutuja sitä ymmärtänyt. Kielen yhteisyyden ongelma liittyy puhutun kielen erilaisiin merkityksiin eri osakulttuureissa ja ammattislangissa. Mitä enemmän työ perustuu kommunikaatioon ja mitä pitemmälle sen tietopohja on eriytynyt, sitä suurempi on riski, ettei asiakas ymmärrä. (Sipilä 1996, 201–206.) Asiakkaan kannalta vähintään yhtä tärkeää on, että työntekijät ymmärtävät häntä, hänen tilannettaan ja hänen puhumaansa kieltä.

*Ja siihen kyllä tietysti laittaa, että niinku nyttenkii, että asiakas toivoo tätä, mutta välttämättä ei niinku semmosta. (K8)*

*Mutt ett ku tietyn kaavan mukaan, joku lauseherviörykelmä heitetään eteen ja semmosen kuuntelee niinku esimerkiksi fysioterapias, terapeutin suusta, niin mullaki tuli mieleen, ett jos ton tarpeeks monta kertaa sanoo, niin kai siihen rupee uskoon itekki. (K2)*

Eri ammattien käyttämät työskentelytekniikat opettavat työntekijöitä kysymään asiakkaalta erilaisia valmiina annettuja kysymyksiä. Tällöin annettujen kysymysten avulla nostetaan keskusteluun asiantuntijan ennalta määrittämiä teemoja, mutta samalla sivuutetaan sellaisia asioita, jotka saattaisivat olla asiakkaalle tärkeitä. Tällöin tekniikka ja metodi ohjaavat vuorovaikutusta. Tämänkaltaisessa ennalta ohjeistetun asiakastyön perinteessä asiakkaat oppivat jo valmiiksi rajaamaan sitä, mistä asiasta he voivat kunkin ammattihenkilön kanssa puhua ja miten he uskaltavat ilmaista itseään ylittämättä sallittuja rajoja. (Metteri ja Haukka-Wacklin 2004, 61.) Joidenkin työntekijöiden kommentteista sai vaikutelman, että he ikään kuin muodollisesti pyysivät kuntoutujan hyväksynnän omalle ehdotukselleen. Jotkut työntekijät ikään kuin puolustelivat omaa asiakaslähtöisyyttään tuomalla esille, että he kysyivät kuntoutujan mielipidettä.

*Kysytään sitten potilaan mielipidettä, että onko tämä riittävä ja sitten monesti aina pannaan siihen todistukseen, että potilas toivoo ja tämmöstä. (S10)*

*No mulla semmonen tuntuma on, et ei tavallaan häntä vastoin toimita. (S12)*

*No hän ei oo kyl mitenkään vaativa tai sillee mun mielestä, et kyl se lähinnä on sitä, et mä suosittelen ja katon ja tota ni hän sitte hyväksyy tai siis silleen, et kuitenkin yhdessä. (S6)*

Kuntoutuksen asiantuntijan tai asiantuntijajoukon kohtaaminen saattoi olla kuntoutujalle vaativa tilaisuus. Sekä tilannetekijöistä että toisensa kohtaavien henkilöiden persoonallisista tekijöistä riippui, minkälaiseksi kohtaaminen muodostui. Työntekijät arvioivat, että kaikki kuntoutujat eivät kykene esittämään omia toiveitaan selkeästi. Toisaalta itse tilanteet saattoivat olla niin vaativia ja kiireisiä ettei kuntoutujalla ollut siinä tilanteessa kykyä tai paikkoja esittää omia toiveitaan tai hän ei muistanut kaikkia asiaan vaikuttavia asioita. Kuntoutuja koh-tasi toisinaan myös monta asiantuntija-asemassa olevaa työntekijää yhtäaikaa ja oli tilanteita, ettei hän tuntenut työntekijöistä ketään etukäteen tai sitten aiemmat kohtaamiset olivat olleet lyhytaikaisia.

*Mut ite siinä lääkärin tilanteessa ni eei varmasti synny sitä niin helposti, että sielä tulis mieleen, että tämmöset asiat. (T9)*

*Mun mielestä – hän hyväksyy kaiken mitä hänelle ehoittaa. Ett ei hän koskaan oikeestaan sano mihinkään ett ei. (T10)*

*Ku on monennäkösii asiakkait, toisil ei oo alo- tekykyä esimerkiksi vammast, tai on vaik aivo- vammaa tai muuta vastaavaa kognitiivisii häi- riöi, et ei pystykkää itte hoitamaan, et joskus se takeltelee. (T6)*

Monet työntekijät toivat esille, etteivät kaikki kun- toutujat osaa tai pysty kertomaan omista tarpeista. Kuntoutuksen ammattilaisilla on usein taipumus stereotypioihin asiakkaidensa mahdollisuuksia ar- viodessaan, jolloin heidän yksilölliset kykynsä ja voimavaransa jäävät huomioimatta (Järvikoski ja Härkäpää 2008, 61). Mikäli kuntoutuja oli hiljainen, arka tai hidas esittämään omia tarpeitaan, niin työntekijä tuli avuksi arvioimaan tarpeita.

*Et tottakai sit siinä, jos on tämmönen hiljasempi tai semmonen vaatimattomampi asiakas tai sem- monen, niin ei osaa ehkä itse niin vahvasti tuoda niitä omia tarpeitaan esille, niin sillanhan tietysti jää vähän sitten se arvion tekeminen esimerkiksi terapian määrästä tai tämmösestä tietysti sitte aika lailla mun kontolle. (S4)*

*Se on sillä tavalla hankalaa, että ko aatellaa, että tottakai ku se oma kommunikointi ja oma tämä asian esittäminen on vaikeeta. (S11)*

*Varmasti hän tekee havaintoja myös omista kuntoutustarpeistaan, mutta tarvii mun näkö- kulman, kokemuksen mukaan myös siihen sem- mosta vahvistusta, että tottavieköön näin on ja auttaskohan se tai auttaskohan tuo ja pitäsköhän nyt niin taik noin ja. Sit me keskustellaan hirmu paljon. Meil on aika pitkiä nää meidän tapaa- miset, mul o, voi monta tuntiaki jutella tossa ja käydä niitä asioita sillä tavalla hyvin rauhassa lävite. (S12)*

Osalla kuntoutujista oli lähipiirissä henkilöitä, jotka auttoivat kuntoutujaa kuntoutuksen eri vaiheissa ja olivat mukana myös kuntoutuksen suunnittelu- tilanteissa. Tässä aineistossa läheisten tuki tuotiin positiivisessa mielessä esille siten, että avustaja toi- mii välittäjänä ja muistutti siitä, mitä piti kertoa. Toisinaan puhutaan myös yksilöiden yli kävelystä silloinkin, kun kuntoutujalla olisi omia mielipi- teitä asioista. Hoitotyössä puhutaan asiakkaaseen kohdistuvasta niin sanotusta negatiivisesta hoi- vavallasta, joka voi olla määräilyä ja komentelua, valmiiden ratkaisumallien tarjoamista, auttajan oman logiikan tyrkyttämistä ja epäolennaisuuksiin keskittymistä (vrt. Suominen ja Vuorinen 1999, 11–12). Anna Metteri (esim. Metteri 2003) on tuonut tutkimuksissaan esille vammaisjärjestöjen tärkeän merkityksen ihmisten tukemisessa silloin, kun he ovat joutuneet palveluverkostossa kohtuuttomiin tilanteisiin.

*Mutta tuota kyllä se aika usein on niinkun siis se avustaja, joka niinku muistuttaa mitä piti kertoo. (T10)*

Useamman kuntoutujan asenne oli nöyrä. He olivat pyytämässä itselleen jotakin ja pyytäjän rooli asetti heidät tiettyyn asemaan. Palveluntuottajat puoles- taan toivat vahvasti esille oman roolinsa kuntoutu- jan tukemisessa ja äänen esille tuomisessa. He olivat työskennelleet pitkiä aikoja kuntoutujan kanssa ja suhde oli saattanut muodostua hyvinkin tiiviiksi. Näissä tilanteissa kuntoutujalla oli ollut mahdolli- suus kertoa sellaisiakin asioita, joita ei kiireisessä tapaamisessa muista tai osaa ottaa esille. Palvelun- tuottajat kertoivat olevansa näin myös kuntoutujien taustavaikuttajia ja asiamiehiä asioiden eteenpäin viemisessä.

*Mutta pakkohan tässä on tietyl tavall oltava, nöyryyttäki oppii eri asioissa ett. Täss ollaan*

*kumminki pyytämässä jotakin apua tai avustusta tai niin neuvoa tai mitä vaan. (K2)*

*Ku me ollaan sen ihmisen lähellä koko ajan, ni meil on semmone pieni painostuski ja semmonen tuttuus siinä, et me hoidetaan sitä asiaa. (T6)*

*Eli toisaalta he tarttee jonku puhetorven sitte tai asiamiehen olemaan ja kyl mä piän, että fy-sioterapeutti, joka toteuttaa terapiaa, nii joutuu olemaan näiden ihmisten asiamieski tavalla tai toisella ja katsomaan näiden ihmisten etuakii siinä asiassa. (T11)*

Kuntoutuksen suunnittelussa syntyi ristiriitaa silloin, kun kuntoutujan ja työntekijän arviot kuntoutustavoista tai kuntoutuksen määrästä poikkesivat toisistaan. Työntekijä kertoi ratkaisevansa tilanteen niin, että hän oman asiantuntijuutensa perusteella teki esityksen mutta toi siinä esille myös kuntoutujan ja palveluntuottajan näkemykset asiasta.

*Tottakai me tuodaan se sen asiakkaan ehdotus, me tuodaan se, jos meillä on niinku ristiriitaa täs määrässä. Ja me tuodaan myös se palveluntuottajan, mut et mä tuon, oman asiantuntijuuteni siinä sit sillä tavalla, et miten mä sen nään. Ja me on keskusteltu tää asia myös asiakkaan kanssa, et se ei tuu niinku yllätyksenä. (S4)*

Monen kuntoutujan kuvauksessa ilmeni luottamus järjestelmää kohtaan. He arvostivat sitä, että asiat tulivat hoidetuiksi niin, ettei heidän itse tarvinnut olla jatkuvasti huolehtimassa asioiden etenemisestä. Kansalaisen luottamus järjestelmään rakentuu kansalaisen ja palvelujärjestelmän asiantuntijan tai viranomaisen kohtaamisessa. Luottamus muotoutuu sen mukaan, minkälainen kansalaisen ja asiantuntijan välinen suhde on ja miten hyvin kansalaisen osallisuus toteutuu. (Metteri 2003, 96.) Luottamus perustuu keskinäiseen kunnioitukseen ja arvostukseen, mikä taas edellyttää rajojen ja erilaisuuden tunnistamista ja kunnioittamista. Psyykkinen sitoutuminen edellyttää kohdatuksi ja vastaanotetuksi tulemisen kokemusta. Kaikki tämä on helppo sanoa tai kirjoittaa, mutta arjessa sen eteen joudutaan tekemään työtä niin näkyvällä kuin näkymättömällä toiminnan ja kokemuksen tasolla. (Vartiainen 2006, 155.)

*Mut kuitenkin, et se pelaa ihan hyvin ja sit se just, että sanotaan näin, et ne keskenään sillai tavallaa hoitaa, että mun ei tarvi olla siin välis pomppii ja valvoo kumpaaki tai vahtii sillai. Mä ku oon tämmöne pilkkuviilaaja, ni sit JOS mun*

*tarttis vahtii kato, et onk niil nyt varmast oikeet. Mut se, et mä voin luottaa niihi, et ne tulee ne paperit ja asiat oikeen tehtyy ja ajallaan ja oiki-aan paikkaan. Et se on kyl helpotus sillai, et ei tarvi niinku pyörii siin välis. (K4)*

Ammattilaiset luovat asiakaskeskusteluissa tietynlaisen asiantuntija-aseman, jossa asiakkaan esittämät pulmatilanteet pahimmillaan ohitetaan, ne saavat nopeasti asiantuntijan määrittämän diagnoosin, joitakin asiakkaan mielestä tärkeitä asioita ei oteta keskustelussa käyttöön tai työntekijä saattaa neuvojen antamisella uhata asiakkaan identiteettiä ja omaa kompetenssia (Mönkkönen 2002a, 54). Kuntoutuja ulkoistetaan oman asiansa käsittelystä, koska hänellä ei ole samanlaista kompetenssia kuin työntekijöillä arvioida kriteerien asettamisen perusteita (Somerkiivi 2000, 183). Koulutustason kasvu lisää maallikoiden valmiutta puhua sellaisista asioista, jotka aikaisemmin saattoivat kuulua vain asiantuntijoiden kielenkäyttöön. Myös julkinen tiedonvälitys edistää asiantuntijatiedon leviämistä maallikoiden keskuuteen. (Mönkkönen 2002a, 54.) Valta ei asiakassuhteissa ole tasapuolista, mutta se on kuitenkin kaksisuuntaista. Hyvinkin heikosti autonominen ihminen voi käyttää valtaa suhteessa muihin. Hän voi käyttää valtaansa puheenaiheiden jatkamisella, esiin nostamisena, vaikenemisena ja sanotun valinnoilla. (Somerkiivi 2000, 183.) Tarja Pösö (2000, 276) puhuu keskustelun vallasta, jolla hän tarkoittaa sitä, kenellä on kohtaamistilanteissa oikeus ja mahdollisuus puhua ja tulla kuulluksi tai mitä on mahdollista sanoa ja jatkaa.

### 5.3 Kuntoutuja oman elämänsä asiantuntijana ja aktiivisena toimijana

Kuntoutussuunnitelmat ymmärretään edelleen varsin usein ensi sijassa viranomaisten välisen yhteydenpidon välineeksi, ei kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisten yhteiseksi toimintasuunnitelmaksi ja työkaluksi (Kari ja Puukka 2001). Toisaalta on viitteitä siitä, että kuntoutusprosessi etenee sujuvammin ja johtaa parempaan lopputulokseen silloin, kun asiakas on itse aktiivisesti mukana tilanteen määrittelyssä ja tavoitteiden asettelussa. Asiakkaan vaikutusmahdollisuuksilla ja osallistumisella on merkitystä sekä prosessin etenemisen että vaikutusten kannalta. (Järvikoski ja Härkäpää 2008, 61.) Kuten Cardol kirjoittajatoverineen (2002) toteaa, tulisi asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisen olla dialogi, jossa yksilölliset arvot ja preferenssit havaitaan. Kuntoutujan autonomian kunnioittamisen ja sen varmistamiseen tähtäävän

prosessin tulisi olla kiinteä osa itse kuntoutuksen määrittelyä.

Kuntoutuksen valtaistava paradigma korostaa kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien, itsemääräämisen, osallisuuden ja hallinnan kokemusten vahvistamista. Uuden paradigman lähtökohtana on käsitys siitä, että kuntoutujan elämäntilanteen vahvistuminen tapahtuu parhaiten, jos hänellä on mahdollisuus tehdä valintoja ja kontrolloida oman kuntoutusprosessinsa kulkua. Ajattelutapaan kuuluu sosiaalisten tekijöiden ja toimintaympäristön merkityksen huomioiminen kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa ja kuntoutujan oman kokemuksen, vaikutusmahdollisuuksien ja aktiivisen osallisuuden esiin nostaminen. (Järvikoski ja Härkäpää 2008, 53–54.) Sekä kuntoutujien että työntekijöiden kertomuksissa tuli esille kuvauksia, joissa kuntoutajat sekä tunnistivat että esittivät omat tarpeensa. He halusivat itse määrätä omasta elämästään ja pitää elämän omissa käsissään. He esittivät asiat omasta näkökulmastaan, tiesivät parhaiten omat tarpeensa ja osasivat suhteuttaa ne omaan toimintaympäristöönsä.

*No, siis minun on pakko olla mukana, jos minä en olis mukana niin ties mitä siellä olis siellä kuntoutussuunnitelmassa. Ei ainakaan semmosia asioita mitä minun mielestä siellä pitää olla. Kun minusta tuntuu että minä ainaki siinä työryhmässä oon tasan niinku kaikista suurin asiantuntija että. (K9)*

*Asiakas on niin tietoinen ja hänellä on itellään niin selkeesti se oma tilanteensa kuitenkin hallussa. (T8)*

Erityisesti työntekijät toivat esille, että kuntoutujan omista kyvyistä riippui suuresti, miten hän osasi ja pystyi ilmaisemaan omia tarpeitaan kuntoutussuunnitelman teossa. Myös kuntoutujan oma tietämys kuntoutuksen mahdollisuuksista ja kuntoutusjärjestelmän toiminnasta vahvisti hänen kykyjään tuoda omaa ääntään kuuluville kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa.

*Et kyl hän itte tuntee jo tän meidän kuntoutusjärjestelmän hyvin pitkältä ajalta ja tietää, et mitä hän siitä saa, mikä on hänelle turhaa ja mistä hän saa sen hyödyn ja mikä auttaa häntä jaksamaan siin omassa arjessa, ni mä voisin kuvitella että hän on hyvin pitkälle, kun hän on menny sitä kuntoutussuunnitelmaa tekemään, ni hän on tehny jo tän analyysin itte. Hän ei hirveesti paljon siin lääkärin neuvoa kaipaa niin,*

*et otetaanks tosta pois vai tästä pois ja et hänhän pystyy hyvin ilmasemaan myös itte sen oman tarpeensa, puhuu sujuvasti ja niin edelleen ja kommunikaatio on loistava. (T4)*

Omasta elämästä määrääminen on ihmiselämän perustavaa laatua olevia toiveita, mutta subjektuuden vaatimus asettaa myös haasteita kuntoutujalle. Hänen pitää itse muistaa ottaa tarpeelliset asiat esille ja kertoa, mitä hän haluaa. Muuten on kuntoutussuunnitelmasta vaara tulla sellainen, ettei se ota huomioon kaikkia kuntoutujan tarpeita eikä sisällä tarvittavia toimenpiteitä ja niiden perusteluja. Kertomuksissa tuli myös esille, että kuntoutujan piti muistaa esittää omat tarpeensa ja toiveensa nimenomaan kuntoutussuunnittelutapahtumassa ja ne tuli kirjata kuntoutussuunnitelmaan. Ei riittänyt, että kuntoutuja kertoi ja perusteli omia tarpeitaan Kelalle tehtävässä kuntoutushakemuksessa, vaan ne piti olla kirjattuna kuntoutussuunnitelmassa, joka edelleen toimitettiin päätöksentekijälle. Kuntoutujan kannettavaksi jäi tällöin suurilta osin vastuu kuntoutussuunnitelman sisällöstä, tiedon välityksestä ja perustelujen esittämisestä.

*Jotenkis sitä sokeutuu täs. Ajattelee vaan niit omii, omaa asiaa. Mutta ku ei tiedä niit kaikkii mahdollisuuksii, et mitä Kelallakki voi olla jotaki semmost terapiaa mitä mun olis hyödyllist saada tai anoa ainaki. (K5)*

*Jos en muista sanoo, niin so what, se ei tuu huomioiduksi ja se, sen mä oon tuota kokenu, et vaikka mä kirjottasin enkelin kielillä siihen (kuntoutushakemukseen) ite. (K8)*

*Ett siinä mielesä se on, et sitten tavallaan vaikeavammanen joutuu aika pikälle ITE pitämään puolensa siitä, että ne muutokset siirtyy sinne suunnitelmiin ja suunitelmat tehää. (T9)*

Kuntoutujan omista kyvyistä riippuu paljon, miten hän pystyy määrittelemään ja ilmaisemaan tarpeitaan, mutta myös siitä, miten häntä kannustetaan esittämään omia näkemyksiään. Työntekijät arvioivat kuntoutujan oppivan ajan kanssa ilmaisemaan itseään ja tuomaan tarpeitaan esille. Kuntoutujalle kertyi kokemuksia kuntoutuksen käytännöistä ja hän oppi toimimaan kuntoutussysteemissä. Kuntoutuja oppi käytännössä saamansa kokemusten avulla tunnistamaan ja arvioimaan itse, minkälainen kuntoutus toimi hyvin hänen kohdallaan. Työntekijä tuki kuntoutujan itsenäisyyttä ja omatoimisuutta, mutta ei kuitenkaan jättänyt kuntoutujaa yksin, vaan oli tarvittaessa käytettävissä.

*Ja vuosien varrella, ni hänellä karttunu tavallaan se, et miten hän hoitaa itse niitä asioita, ja hän tietää ne yhteistyötahot. Ni ei häne tarte enää soittaa mulle, sillai et, voi sanoo, et vaa kriittisissä asioissa kysyy neuvoa, et mitä hän nyt tekee ku joku asia ei mee eteepäi. Antaa ne perusevääntii, et ihminen selviytyy itte eteenpäin. Mä en riipuuta niit ihmisii niinku ittelläni sitte. Mut et vaik hän huomen soittas ni mä jatkaisin hänen kanssaan. Tarpeen mukaan. (S7)*

*Niinkö kyselee hirvee paljo, häne omat mielipiteensä ja omat toiveensa kyl vaikuttaa sen lisäksi mitä terapeutti arvioi, et mitä hän itte katsoo, et mitä tavoitteita ja mitä hän haluais, siitä terapiast saada irti. (S9)*

Kuntoutussuunnitteluun käytetyn runsaan ajankäytön suhteen kuvattiin tilannetta, jossa kuntoutussuunnittelu oli prosessi, jossa kuntoutujaa tavattiin useampaan kertaan ja väliajalla kuntoutujalla oli mahdollisuus pohtia omia tarpeitaan ja mahdollisuuksia sitoutua esitettyihin toimenpiteisiin. Samaisella työryhmällä oli myös tapana lähettää esitetty suunnitelma vielä kuntoutujalle luettavaksi ja tarkistettavaksi ennen kuin se toimitettiin eteenpäin. Kyseessä oli aistivammainen, perheellinen kuntoutuja, jonka kohdalla varmistettiin, että tulkinat oli tehty yhteisymmärryksessä ja suunnitelmat olivat realistisia, jotta kuntoutuja pystyi niihin sitoutumaan perhetilanne huomioon ottaen.

*Et se on käytännössä hidasta tietysti, ku siinä ensin tulkataan ja sitte taas kuunnellaan ja senki takia se vaatii useamman kerran, että sitä ei oikeen jaksa välttämättä se asiakas monta tuntia kerralla. (S13)*

Dialogisessa, avoimessa ja kohtaavassa vuorovaikutuksessa jokainen vuorovaikutukseen osallistuja tulee mukaan omasta elämänsämaailmastaan ja omine ajatuksineen. Kukaan ei määrittele valmiiksi keskustelun tulosta tai sallittuja mielipiteitä. Kukaan ei tiedä ennalta, mikä on keskustelun lopputulos. Kohtaavassa vuorovaikutuksessa minän ja sinän välille rakennetaan suhde, joka mahdollistaa ymmärtämisen ja dialogin. Tämänkaltaisen suhde edellyttää molemmilta osapuolilta läsnäoloa, valmiutta kohdata toinen avoimesti, kiinnostusta toisesta ihmisestä ja hänen mielipiteistään sekä valmiutta esittää omia näkemyksiä. On myös tunnistettava se, että erilaisten näkemysten esittäminen on hyödyllistä asian käsittelylle ja yhteisen ymmärryksen rakentamiselle. (Metteri ja Haukka-Waklin 2004, 61–62.)

Kuntoutujan subjektiivisuuden ja kuntoutujanäkökulman toteutuminen asettaa vaateita perinteiselle asiantuntijuudelle ja asiantuntijälähtöisyydelle. Se edellyttää neuvottelevaa asiantuntijuutta, jossa tietämisen mahdollisuus on sekä asiantuntijalla että asiakkaalla. Toiminnassa korostuu silloin tulkintojen moni-ilmeisyys ja moninaisuus. Yksinkertaiset ongelmanmäärittelyt eivät riitä, vaan tilanteet ovat muuttuvia ja neuvottelullisia. Tämä tarkoittaa sitä, että ongelmasta ja sen määrittelystä neuvotellaan yhdessä kussakin erityisessä tilanteessa. Ammattikäytännöiltä ja palvelujärjestelmiltä tämä edellyttää herkkyyttä toimia muuttuvissa tilanteissa. Erityisen paljon se vaatii työntekijältä, joka asettuu jokaisen asiakaskohtaamisen jokaisella hetkellä kuuntelemaan, mitä asiakas sanoo, ja reagoimaan siihen samalla kun miettii sitä, mikä häneltä ja asiakkaalta jää sanomatta. (Leonard 1997; Pösö 2000, 272–273).

## 6 Palveluntuottajan asema kuntoutuksen suunnittelussa

Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen tuottajina käytetään useimmiten yksityisiä palveluntuottajia. Laitosmuotoisen kuntoutuksen palveluntuottajat valitaan Kelan keskuhallinnossa ja avopalvelujen tuottajat aluehallinnossa ja vakuutuspiireissä tarjouskilpailumenettelyn avulla. (Kelan etuusohjeet 2008, 3–4.) Palveluntuottajina ovat kuntoutuslaitokset, terapiayritykset ja yksittäiset ammatinharjoittajat. Haastatteluissa oli mukana sekä laitosten työntekijöitä että yksittäisiä ammatinharjoittajia.

Kelan toimistossa tehdään päätös yksittäiselle kuntoutujalle. Kuntoutujalla on mahdollisuus vaikuttaa siihen, mille Kelan hyväksymälle palveluntuottajalle hän hakeutuu. Kelan tehtyä kuntoutujalle kuntoutuspäätöksen lähetetään se tiedoksi palveluntuottajalle. Mukana toimitetaan kopio kuntoutussuunnitelmasta. Yhdessä kuntoutujan kanssa palveluntuottaja toteuttaa kuntoutuksen ja sen päätyttyä antaa kirjallisen palautteen kuntoutuksen toteutumisesta. Palveluntuottajalla ei ole virallista asemaa kuntoutuksen suunnittelussa.

Kelan ohjeistuksessa (Kelan järjestämän vaikeavammaisten ... 2006, 6–7) todetaan, että palveluntuottaja dokumentoi asiakirjoihin kuntoutuksen aikana kertyvät havainnot, arviointi- ja mittaus tulokset ja olennaiset tapahtumat, jotka muodostavat perustan kuntoutuskertomuksen ja kuntoutussuunnitelman laatimiselle tai tarkistamiselle.

Terapeutin tulee laatia kuntoutujalle vähintään kerran vuodessa kirjallinen palaute. Palaute sisältää kuvauksen toteutuneesta terapiasta sekä päätösvaiheen tutkimusten perusteella tehdyt johtopäätökset toimintakyvyn muutoksista alkutilanteeseen verrattuna. Terapeutin tulee kirjata myös muut olennaiset tapahtumat, kuten yhteistyö kuntoutukseen osallistuvien muiden terapeuttien ja kuntoutujan lähipiirin kanssa ja päätösvaiheessa käydyn palauteskustelun keskeiset asiat. Kuntoutujan oma arvio kirjataan myös kuntoutuspalautteeseen. Terapeutti esittää näkemyksensä ja perustelut kuntoutuksen jatkosuunnitelmasta. Palaute toimitetaan kuntoutujalle, Kelan toimistoon ja hänen hoidostaan vastaavalle yksikölle. Laitosmuotoisessa kuntoutuksessa tehdään joka jaksolta kuntoutusseloste, joka toimitetaan Kelalle. Kuntoutujan suostumuksella seloste voidaan lähettää myös muille tahoille. (Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen ... 2006, 41.)

### 6.1 Vuorovaikutustavat

Palveluntuottajat olivat yhteydessä kuntoutuksen suunnittelutahoon, julkiseen terveydenhoitoon, pääasiassa kirjallisen palautteen avulla tai sitten kuntoutujan välityksellä. Puhelimitse pidetyn yhteyden määrä vaihteli. Kenenkään kymmenen aineistona olleen kuntoutujan kuntoutuksen suunnittelupalaveriin palveluntuottajat eivät osallistuneet henkilökohtaisesti. Haastatelluilla palveluntuottajilla oli tosin kokemuksia osallistumisesta suunnittelupalaveriin muiden kuntoutujien kohdalla. Terapiaa toteuttavalla terapeutilla on mahdollisuus osallistua kaksi kertaa vuodessa kuntoutussuunnitelman laatimista tai tarkistamista koskevaan neuvotteluun. Yhteisneuvottelun tarpeellisuus tulee kuitenkin ilmetä kuntoutussuunnitelmasta, jotta osallistuminen neuvotteluun voidaan korvata Kelan varoista. (Kelan etuusohjeet 2006, 18.)

*Mut palautteen muodos usein, ehkä useimmitte kirjallisen palautteen muodossa. Koska se on konkreettisesti aina se, et sit siit on jotain faktaa, ku se on paperilla. Ja sit myöski puhelimitse että. (T7)*

*Käytännös mää en oo siel ollu mukana muuta, ku et on soiteltu. (T6)*

Pakollisen kirjallisen palautteen lisäksi terapeutit olivat puhelimitse yhteydessä kuntoutujan kuntoutussuunnittelu- ja hoitotahon työntekijöihin. Tällöin oli keskusteltu kuntoutujan hoitoon ja kuntoutukseen liittyvistä asioista.

*Fysioterapeutin kans oon ollu joskus kyllä, mut sinne [kuntoutuslaitoksen nimi] päähän en oo ollu. Et sielt on tullu kirjallinen palaute. Hän [terapeutti] on ottanu yhteyttä, jos on jotain. Ku sinnepäin on tehty se lähete. Et, jos on jotain hoitomuuтокsii tai tämmösii, tämmösis asioissa ja joskus on sit lääkityksessäki. Onko [kuntoutujan nimi] on ollu sitä spastisuutta, niin fysioterapeutti on siihen kiinnittäny kans huomiota, niin sit on ottanu yhteyttä ja mietitty sitä lääkityksen muuttamista. Just et sen spastisiteetin takia ja tämmöstä. (S6)*

Vuorovaikutus palveluntuottajan ja suunnittelutahon välillä tapahtui useimmiten terapeutin aloitteesta. Aineistossa ainoastaan kuntoutusohjaajat kertoivat olleensa aloitteellisena osapuolena joissakin yhteydenotoissa. Kuntoutusohjaajan ja palveluntuottajan yhteydenpito oli tiiviimpää, mikäli heillä oli useampia yhteisiä asiakkaita. Kuntoutusohjaaja saattoi myös välittää palveluntuottajan antamaa tietoa eri palvelusektoreiden välillä. Yhdessä tapauksessa kuntoutusohjaaja ja palveluntuottaja olivat läsnä tehtäessä kunnallista palvelusuunnitelmaa ja kuntoutusohjaaja välitti palveluntuottajan antamaa tietoa edelleen keskussairaalan kuntoutusryhmään.

*Kylhän ne joskus sit, nyt ei taas pitkään aikaan mut et sit soittelvatki ja ovat niinku aktiivisia kans, et jos on joku ongelma, mut sitte kaikki menee hyvin, ni ei sit. (S6)*

*Ja sit tulee soitettua ihan näille palveluntuottajil, et on sillai ko saattaa niinko hänelläki on semmoset terapeutte, joilla on useempi mun asiakkaita, ni sit tulee jotain asioi hoidettua ja siin sit käydään muitakin asiakkaita läpi ja. Jos tulee esille jotain kuntoutusohjaajallekki sopivii jatkotoimenpitei ni. (S7)*

Mikäli palveluntuottaja ja kuntoutussuunnitelman laatijataho tunsivat jollain tavalla toisensa, oli kynnys yhteydenpitoon matalampi. Terapeutit arvioivat, että oli helpompaa ottaa yhteyttä, mikäli tunsivat suunnittelutahon ajatusmaailmaa ja lähestymistapaa. Jotkut palveluntuottajat kertoivat pitävänsä tiiviisti yhteyttä varsinkin puhelimitse, mutta paikan päälle osallistumiselle oli esteitä kuten pitkät matkat.

*Joskus hänel on ihan polikäynti. Mut et sitä on edeltäny se lausuntojen ja puhelinsoittojen suma. Et jos se ois tässä lähempänä, niin sit siihen tiettenki vois osallistuakkin. Mut siel on aina fysio-*

*terapeutti paikalla ja me tunnetaan ne nyt jo aika henk koht. Et heijän kans voi niinku asioist keskustella, [kuntoutujan nimi] tietenki lupa pyydetää, et se on semmost rinkii, et [kuntoutujan nimi] soittaa jommall kummal ja toine jommall kummal. (T6)*

*Voehan sitä hoitaa puhelimella ja muuten sit. Se riippuu vähän siitä, että miten tuttavია on ne ihmiset, jotka siellä kuntoutustyöryhmässä pyörii. Meijän kunnassa tietysti se on se tuota etu, että niitä tuntee ja tietää vähän, ett mitä se ajatusmaalima eli tuntee vähän sitä niinku lähestymistapaa. (T9)*

Kirjallisella lausunnolla ja puhelimitse pidetyllä yhteydenpidolla katsottiin olevan eri merkitykset. Terapeutin mukaan kirjallisessa lausunnossa saatiin tiedot siirrettyä jäsentyneessä muodossa ja monipuolisesti. Puhelimessa taas sai paremman kontaktin ja oli helpompi selvittää jotakin erityistä seikkaa pikkutarkasti.

*No, kyl ne on yhtä tärkeitä. Et se kirjallinen lausunto kattaa sen asian niin monipuolisesti. Ei sitä muista ehkä kaikkee kuitenkaan puhelimessa. Mut puhelimes saa sit taas semmosen paremman kontaktin jotenkin. Et siit just jostain tietyst asiast mikä on nyt, niin sä voit selittää vähän enemmän ko ei siin lausunnos ihan simmost, ihan pikkutarkkaa tietoo kuitenkaa. Ne pyritään tekemään simmosiks, et siel on just se käytännön tavoite. Se arkinen tavoite mukaan. Et se tulis sielt esiin, mut sit on paljon semmosii, siihen liittyyvii pienii asioi, et mitä sit soittaaki mielellään, et molempii käytetään. (T6)*

Laitosmuotoisen kuntoutuksen kommunikointiväline oli lääkärin laatima kuntoutusseloste, jonka liitteenä oli eri terapeuttien lausuntoja. Niissä kuvattiin kuntoutuksen sujuminen ja tehtiin ehdotuksia jatkosuunnitelmaksi. Yhteydenpitoa kuntoutuksen suunnitteluun ei ilmennyt aineistossa muulla tavalla. Laitosten työntekijät kertoivat jonkun verran olevansa yhteydessä kuntoutujan kotipaikkakuntaan selvitellessään sen tarjoamia palveluja. Eräässä laitoksessa kerrottiin tarjottavan kuntoutujan omalle terapeutille mahdollisuutta tulla tutustumaan laitoksen työskentelyyn kuntoutujan ollessa siellä kuntoutusjaksolla. Tämän laitoksen työntekijä esitti henkilökohtaisena näkemyksensä, ettei hän mielellään puhu kuntoutujan asioista puhelimitse. Tässä hän viittasi luottamukselliseen asiakassuhteeseen. Hänen mielestään puhelimessa tulee helposti puhuneeksi ”muuta juttuu”.

*Ja se lääkärin kommunikaatioväline puolestaan on se, että ku hän kokoo tän, niin sanotun kuntoutusselosteen, joka laaditaan tält jaksolta. Et se sit tavallaan sisältää kiteytetysti niitä asioita, mitä on tapahtunu ja sitte vielä täälä lopussa semmosen ehdotelman, että mitä siinä nähdään aiheelliseks, et esittää muutoksiks. Et mut että sitte siellä käydään läpi siinä loppukeskustelussa semmonen, et onks ne palvelut kohallaan ja tartteeks niinku tehdä muutoksia ja millä perusteella me ehdotetaan niitä muutoksia. (T4)*

*Mä itse en oo muuten, kun sillon ku mä kyselen jotain hoitopaikkoja, et onks tämmöst hoitoo mahdollista. Mää en oikeen tyykkää puuhuu [hymähtää] sen kuntoutujan muist asioist. Mun mielest se ei oo edes tärkeitä, koska siinä tulee helposti semmost muuta juttuu. Mut jotku sitten on yhteydes enemmänki. Ja se on sit taas heijän mielest tärkeitä. Sit meil on myös niin, mikä mun mielest on vaa suotavaaki, on kuntoutujan oma fysioterapeutti ja ehkä hänen kollegiansakin, ni voi tulla tänne sillon ku kuntoutuja on tääl jaksolla. Ni ne voi sopia, et ne tulee tänne päiväks sillon tutustumaan ja kuntoutuja voi olla sillon mukaan siin terapias. (T5)*

Osa palveluntuottajina toimivista terapeuteista kertoi yhteydenpidon kuntoutuksen eri toimijoiden välillä vievän runsaasti aikaa. Eräs terapeutti esitti toiveen, että yhteistyöhön käytetty puhelinaika tulisi jotenkin korvauksen piiriin, koska yhteydenpitoon kului runsaasti aikaa. Terapeutit kertoivat hoitavansa kuntoutujan tilanteen vaatimia, sairauten, etuisuuksien hakemiseen, apuvälineisiin ja kuntoutukseen liittyviä monimutkaisia asioita kuntoutujan rinnalla. Tähän imuun terapeutit vei helposti kuntoutujan esittämä tilanne, pitkäaikainen yhteistyösuhde ja terapeutin aiemmat käytännön kokemukset siitä, miten asioita sai junailtua eteenpäin.

*Fysioterapeutin tai lääkärin tai kuntoutusohjaajan välikätenä tai näin, et kyl puhelinaikaa saisi olla lisää, [naurahtaa] palkallist puhelinaikaa. Se on tän homman huono puoli, et puhutaan paljon tuol autoillessa blue toothi [naurahtaa] korvas. Et näihin vaikeavammasten asioitten hoitoon liittyy paljon puhelintyötä myös, et se on yllättävän paljon. (T6)*

Tutkimuksen kohteena olleiden kuntoutujien kuntoutuksen suunnittelupalavereihin eivät terapeutit olleet osallistuneet, mutta monet terapeutit olivat osallistuneet suunnittelupalavereihin joskus mui-



den kuntoutujien kohdalla. Heidän kokemuksensa näistä palaverista olivat myönteisiä. Tällöin heillä oli ollut mahdollisuus toimia sekä kuntoutujan tukena että olla välittämässä tietoa kuntoutujan arjesta selviytymisestä ja kuntoutuksen etenemisestä.

*Hänel on niin suuret kognitiiviset ongelmat ja palvelutalost olis kylläki menny henkilökunnasta, mut he ei tiedä sit taas välttämättäs taas näitä kuntoutuksen asioita niin paljon ni heki oli ihan tyytyväisii, et mä menin, oon menny hänen kanssa sinne (suunnittelupalaveriin). (T7)*

## 6.2 Palautteen merkitys

Palveluntuottajilla ei ole virallista asemaa vaikeavammaisten kuntoutuksen suunnittelussa, mutta antamiensa palautteiden kautta heillä oli mahdollisuus välillisesti vaikuttaa kuntoutussuunnitelman muotoutumiseen. Palveluntuottajien palautteilla näytti olevan tärkeä merkitys kuntoutuksen suunnittelun ja seurannan kannalta. Kuntoutussuunnitelman tekijät arvostivat usein palveluntuottajien palautteita, mutta jonkin verran ilmeni myös erilaisia näkemyksiä. Toisinaan palautteiden ei katsottu täyttävän niitä vaatimuksia, joita suunnittelutaho olisi palautteelta halunnut. Kuntoutuksen toteutumisen seuranta perustui suuresti palveluntuottajan palautteen kautta saatuun tietoon.

Terapeutti tapasi avomuotoisessa terapiassa kuntoutujan säännöllisesti ja yhteistyösuhde muodostui usein hyvinkin tiiviiksi. Terapeutilla oli näin aitiopaikka seurata kuntoutujan tilanteen kehittymistä, välittää tietojaan eteenpäin ja tehdä ehdotus kuntoutuksen jatkotoimenpiteistä omalta osaltaan.

*Paljon tehdään yhteistyötä totta kai palveluntuottajan kanssa, koska hän sen sitte parhaiten tietyst. Hän on vuoden ajan ollut aika tiiviissäkin kontaktissa asiakkaaseen niin tietää sen ihan sen konkreettisimman tilanteen siitä asiakkaasta. Että se palaute on hirveen tärkeä ja paljon soitetaan myös sitten. Ja kysytään, et mitä mieltä oot nyt tästä. Ja palvelun tuottajahan aina tekee myös ehdotuksen jatkosuunnitelmasta. Ja sit, jos siinä on, et meil jotenkin näkemykset eroo, niin me käydään sit keskustelua, et millä perustein hän ehdottaa nyt tätä määrää. (S4)*

*Ja ainaki tää kirjallinen palaute on aina ja jos on jotain erityistä, ni sit vielä melkein sitten joko soitettu jollekin ja jos siel on fysioterapeutti siin ryhmässä tai lääkärille itselle, jos on jotain viel*

*mitä täytyy erityisesti huomioida. Ja kirjallinen palaute, ja kyl mä oon ainaki kokenu, että kyl se luetaan hyvin. (T7)*

Palautteiden huomioon ottamisesta palveluntuottajilla oli erilaisia kokemuksia. Suurin osa arvioi, että heidän palautteillaan oli huomattava vaikutus jatkosuunnitelmia tehtäessä. Terapeutit kertoivat kuitenkin havainneensa suuria eroja siinä, miten palautteisiin suhtauduttiin. Yhtäältä he kokivat, että jatkosuunnitelmat saatettiin esittää suoraan kuin kopioina palautteesta. Toisaalta kuntoutujan jatkosuunnitelma oli saatettu tehdä ennen kuin palveluntuottajan palaute oli ehditty toimittaa suunnitelman tekijälle. Mikäli palautelausuntoa ei otettu lainkaan huomioon, tuntui tämä menettely terapeutin kannalta turhauttavalta.

*Ko sielä vaihtuu aika usseesti, se on niinko kerran vuodessa vaihtuu jo lääkäri, se kirjottaa aina sit sen mun, sen mukkaa, mitä mää oon kirjottanu. Että jotenki tuntuu, että kyllä sitä pitäis vähä jottai muutaki tehä kö kopioia siitä. (T3)*

*Toiset lääkärit sit taas, huomaa, et siel on ihan sanatki otettu lausunnoist [naurahtaa]. Et on kyl ainaki luettu, et se on hyvä. – Nytteki mul kävi niin, et lääkäri oli jo aikoi sit kirjottanukki sen vaik ei ollu vielä aikakaa ja ku mää tarjosin lausuntoa – – niin lääkäri oliko jo kuulemma kirjotanu sen ja ei ollu mitää kattonu, et mitä me ollaa vuoden aikan ees tehty. Toisaalta, kun näkee paljon vaivaa, niin hiuskarvat nousee pystyy, ku [naurahtaa] ajattelee, et eiks täl oo mittää välii, et mitä tääl on tehty. Et tost noin vaan kirjetetaan ne samat ku ennenki. (T6)*

Palveluntuottajat toimivat usein kuntoutuksen jatkon käynnistäjänä ja huolehtivat kuntoutujan rinnalla prosessin etenemisestä. Kuntoutuspäätöksen ollessa umpeutumassa palveluntuottaja usein huolehtii, että uusi suunnitelma aloitetaan. Käytännössä se tarkoittaa, että palveluntuottaja toimittaa palautteensa ajoissa kuntoutussuunnittelutaholle ja ohjaa kuntoutujan varaamaan ajan uuden suunnitelman tekoa varten.

*Eli ne [terapeutit] toimii yleensä sitte siinä käynnistäjänä, että tää prosessi lähtee liikkeelle ja se on yleensä sitte hoidettu sen viimesen kuukauden aikana. Jossain vaiheessa lähtee se Kelaan sitte se suunnitelma, mutta jo ennen sitä yleensä on voitu asiakkaalle ilmottaa, että tämmönen suunnitelma on menossa Kelaan eli terapia voi jatkua. (S4)*

*Eli toisaalta he tarttee jonku puhetorven sitte tai asiamiehen olemaan ja kyl mä piän, että fy-sioterapeutti, joka toteuttaa terapiaa, nii joutuu olemaan näiden ihmisten asia-mieski tavalla tai toisella ja katsomaan näiden ihmisten etuakii siinä asiassa. (T11)*

Palautteella saattaa olla suuri merkitys siihen, minkälaiseksi kuntoutujan jatkosuunnitelma muodostui. Sen takia palautteessa pitää muistaa kertoa oleellinen tieto uuden suunnitelman perustaksi. Laaja-alaisessa palautteessa mietitään kuntoutujan palvelujen tarvetta suhteessa hänen elämäntilanteeseensa. Terapeutin palautteesta sai kuvan terapian sujumisesta ja siitä, mikä toimi kuntoutujan kohdalla ja mikä ei, mitä tavoitteita oli ollut ja mitä oli jäänyt saavuttamatta ja mitkä olivat jatkotarpeet. Erityisesti laitosjaksojen palautteiden kerrottiin olevan laaja-alaisia. Laitoksen työntekijä piti tärkeänä miettiä, minkälaisen mittareiden ja keinojen avulla seurataan ja kuvataan kuntoutujan toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia ja sitä, miten kuvataan etenemistä asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa ja miten kuntoutuja itse oli jaksanut suoriutua vuoden aikana.

*Nimenomaan että kaikki lääkärille, sille joka kirjottaa sen todistuksen tai tekkee sen kuntoutussuunnitelman niin, ett se lääkäri tietäs kaiken tän tarpeellisen. Kaikki vaatimukset pitäs olla jo hänen tiedossaan sitten, ett ne näkyy sieltä, muuten Kela ei myönnä niitä. (T10)*

*Mietitään sen ihmisen elämäntilannetta, seurataan sitä ja mist on apua ja mist ei. Eli kyl mä ajattelen niin, että sitte ku ne on vielä koottu tänne tiiviisti tähän näin ehdotus kuntoutussuunnitelmaks, niin se on aika vaivatonta sieltä lukee. Ja sit jos rupee hämmästelemään, et mitä varten tällasta suositellaan, ni sit vois kattoo sieltä asianomaisesta terapialausunnosta, että mistä syystä on päädytty siihen tulokseen. Niin se on kyllä aika vakavasti otettava paperi, pitäs olla se, mikä lähtee laitoskuntoutusjaksolta. (T4)*

Kuntoutuksen palautteena toimivan kuntoutuslsteen perustana kerrottiin olevan laitoksessa tehty arviot eri vaihtoehtojen ja palvelujärjestelmän käyttömahdollisuuksien sopivuudesta kuntoutujalle. Kuntoutuslaitosjakson aikana eri ammattiryhmiä edustavilla työntekijöillä oli mahdollisuus kuunnella kuntoutujaa ja pohtia yhdessä hänen kanssaan eri kuntoutusmuotojen ja -määrien käyttöä ja hyödyllisyyttä omassa arjessa. Kuntoutuslaitoksen kuvauksen perusteella hahmottui kuva

kokonaisvaltaisesta kuntoutuksen suunnittelusta ja arvioinnista.

*Kyl se on semmosta niitten vaihtoehtojen pohtimista se meijän rooli oikeesti ja sitä painostusta ja arviota siitä, et mikä se tarpeellinen kuntoutuksen määrä on. Eli että sitte myöskin pohtia sieltä sitä kuntoutujan omaa arkea. Ni sen arjenhan pitää säilyy sitte ja se tavote on kuitenkin siellä, et se arki säilyy mahdollisimman paljon semmosena omana arkena ni, et se ei oo pelkkää kuntoutusraata sitte. Koska seki on hakusessa vähän, et kuin paljon on paljon tai kuin paljon on liian vähän et. – – Me kuunnellaan kuntoutujia aika paljolti. Ja sillä tavalla mietitään niitä voimavaroja. Ja sitte se vielä syntyy tällasessa yhteisesti tehdyssä prosessissa. Ja sitte se vielä syntyy semmosessa tietosuudessa niin, että tuota me ei haluta tuhlat kenenkään varoja. (T4)*

Muutammat palveluntuottajat arvioivat, että heidän palautteensa merkitys kuntoutuksen suunnittelussa oli kasvanut, kun kuntoutussuunnitelmien tekeminen oli siirtynyt enenevässä määrin perusterveydenhuollon vastuulle. Tähän kehityskulkuun nähtiin vaikuttaneen kaksi tekijää. Ensinnäkin yksityissektorilla toimivien lääkäreiden, jotka olivat usein erikoislääkäreitä, tekemät kuntoutussuunnitelmat eivät enää kelvanneet Kelalle päätöksenteon perustaksi. Toiseksi vastuuta kuntoutussuunnitelmien tekemisestä oli palveluntuottajien mielestä siirretty enenevässä määrin erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon vastuulle. Perusterveydenhuollossa kuntoutussuunnitelma laadittiin usein terveyskeskuslääkärin vastaanotolla, jossa ei palveluntuottajien mielestä ole syvällistä asiantuntemusta kuntoutusasioista eikä vaikeavammaisten monimuotoisista sairauksista ja vammoista. Palveluntuottajien mukaan kaikkia kuntoutujia ei myöskään tavattu henkilökohtaisesti kuntoutussuunnitelman tekemistä varten. Näiden tekijöiden arveltiin vaikuttaneen siihen, että palveluntuottajan antamalla tiedolla ja palautteella oli aiempaa keskeisempi merkitys siinä kokonaisuudessa, jonka varassa kuntoutussuunnitelmia tehtiin.

*Et sitä suuremmal ja se mun mielestä huomioidaan, ehkä eniten viel mi[hymähtää] te sit, jos aattelee, et nyt kun ei saanu enää käyttää näitä yksityislääkärei, tai ei kelpaa se, niin monihan on menny omalle terveyskeskuslääkärille ja niil ei välttämät oo kauheesti kokemusta edes. Eikä ne oo nähny tätä vaikeevammasta, eikä niil oo välttämät, niil kaikel edes tietoo siitä diagnoosistakaa niin kauheesti. Niin sit huomaa, et täs*

*kuntoutussuunnitelmas monast sit, on melkei lainattu tekstii sielt fysioterapiapalautteesta et. (T7)*

*Nythän terveyspalvelut on siirretty keskussairaala-  
lasta terveystakeskukseen lääkäreille, näitä kun-  
toutussuunnitelman tekemisiä, niin nää tekkee  
meijän palautteen perusteellakki sitte. Ett myö  
laitethan palaute ja kysymys, tarviiko varata aika  
vastaanotolle. Ne yleensä soittaa sinne asiakkaal-  
le tarviiko tulla vai eikö tarvi. (T10)*

Kuntoutuksen suunnittelutaho esitti jonkin verran kritiikkiä palveluntuottajien antamien palautteiden laadun suhteen, ja niiden kirjoa pidettiin suurena. Palautteista ei kaikissa tapauksissa saanut selkeää kuvausta siitä, mitä kuntoutuksen aikana oli tehty ja miten siinä oli edetty. Suunnittelutaholla oli jonkin verran näkemyksiä siihen suuntaan, että jotkut palveluntuottajat suosittelivat tarpeettomia terapiamääriä säilyttääkseen asiakassuhteensa ja sitä kautta taloudellisen tilanteensa ennallaan.

*Sitte siinä on semmonen yhteen veto, että tilanne on pysynyt stabiilina ja sitten monesti antaa ohjeen, että suositellaan jatkettavaksi näitä. Se on sitten, että heillä on se leipäpuu jatkuu. (S10)*

*Kyl yleisesti kuntoutukses mun mielest se tietenkin ongelma ko nää palveluntuottajat on niin moninaisia, että siinä saa tosiaanki aina tehdä työtä kysyäkseen, että mitä se kuntoutus on tarkoittanut oikeasti, mitä siel on oikeesti tehty. (S8)*

Palveluntuottajat toivat itsekin esille, miten palautteen kirjoittaminen joissakin tapauksissa oli erityisen vaativaa. Tällaisia, ristiriitaisuuttakin aiheuttavia, tilanteita ilmeni esimerkiksi silloin, kun kuntoutujan tilanne oli tullut paremmaksi. Miten palaute pitäisi kirjoittaa, jotta kuntoutuja ei jatkossa jäisi kokonaan ilman terapiaa? Kuntoutujien tilanteet kun olivat välillä parempia ja välillä huonompia. Toisaalta kuntoutuja saattoi pitää kuntoutuskäyntejään niin merkittävänä tapahtumina elämässään, ettei hän ollut halukas luopumaan niistä. Palveluntuottaja toi tässä esille pohdintaansa, miten ammatinharjoittajalla saattoi tällaisessa tilanteessa tulla kiusaus esittää palaute siinä muodossa, että kuntoutuksen olisi mahdollista jatkua entisessä laajuudessa.

*Eikö minun olis pitänykkään laittaa siihen palautteeseen, että on ollu hyvässä kunnossa. Kun hän ei sitten saanutkaan kuntoutusta enää. Se*

*tuli pumerangina takasi, mutta jotenki, että emmie nyt kyllä valehtelemaanakaan ruppee, että jos mies on välillä hyvässä kunnossa, niin eihän se sitä tarkoita, että hän ois jatkuvasti hyvässä kunnossa. Reumaki on semmonen ylös alas tauti. Niin jotenki, että minusta se ei ollu niinku lokiikka ei pelannu, jos toinen saahan hyvään kuntoon niin sitt se hylätään. Ett tämä oli minusta niinku järjenköyhyyttä. (T10)*

*Et toki joskus on ittel vaikee tilanne [krhm] kun huomaa, et asiakas edistyy. Niin sit sul semmone olo, et nyt ei tarvita enää kahta kertaa viikos. Mää koen itte sen tosi vaikeena. Et mullaki on nyt yks asiakas, joka syksyst mun mielest pärjäis kerral viikos nyt tästä eteenpäin, mut ku mää oon siit vähän jo jutellu iha alustavast ni asiakas on ihan kauhuissaan, et ei kai hänelt nyt vähennetä. Et tulee sem- et siin voi, niinku moni voi, en tiä vaik suositella eteenpäi, et ei vaan niinku menetä sitä asiakasta tai jotain muuta. Että tääl on vähän tämmösiäki asioi taustalla sit voi olla. (T6)*

Toisaalta kuntoutujan tilanne piti osata kuvata riittävän laajasti ja perusteellisesti, jotta kuntoutuja ei tullut määritellyksi liian huonokuntoiseksi saamaan Kelan kustantamaa terapiaa. Myös syyt käyttämättömille terapiakerroille piti muistaa perustella, jotta seuraavassa päätöksessä pystyttiin huomioimaan poikkeukselliseen tilanteeseen vaikuttaneet seikat.

*Mitkä katsotaan niinku tavallaan jo vähän LII-AN vaikeavammaseks, et katotaan, et se on sairaanhoidollista – niitte pitäis varmaa nähdä ne ihmiset konkreettisesti ja nähdä joku videopätkä niitte päivittäisestä toiminnasta. Et niit ei saada paperille niitä asioita niin hyvin. Et jos ihminen pystyy kuitenkin jollain tavalla itse viel liikkumaan vaikka sähkökärillä. – Jos jää käyttämättä kertoja, et ne tarvis nyt väkisin yrittää käyttää, et muuten vähennetään seuraava vuonna. Yrittäny perustella kuntoutujille, et todellaki, et vaikka niitä kertoja jäis käyttämättä, nii se ei oo pois siitä seuraavasta vuodesta, et jos siinä on selkeesti kerrottu, et minkä takia, et on ollu vaikka sairaalassa. (T7)*

Toisinaan ilmeni ristiriitaa palveluntuottajan ja suunnitelman tekijöiden välillä kuntoutustavoissa ja määrissä. Kuntoutussuunnitelman laatija joutui huomioimaan kuntoutuksen kokonaisuutta, kun taas palveluntuottajat saattoivat katsella tilannetta pelkästään omasta näkökulmastaan käsin. Aineistossa tämä ilmeni erityisesti tapauksissa, joissa kun-

toutujalla oli tarvetta useampaan eri terapialajiin samanaikaisesti. Pohdintaa käytiin aineistossa erityisesti fysioterapian ja toimintaterapian välillä sekä toisaalta avohoidon ja laitoshoidon välillä. Mikäli kuntoutussuunnitelman laatija oli erimieltä kuntoutuksen tarpeesta ja määrästä, oli siitä mahdollisuus keskustella terapeuttien kanssa myös puhelimitse. Tätä mahdollisuutta tosin käytettiin harvoin.

*Palvelun tuottajahan siinä on yhtenä, hyvin tietysti tärkeenä, tuota niinku antamassa sitä osviittaa, mut et joskus meille tulee ristiriitoja vähän siitä, että palveluntuottaja näkee esimerkiksi sen määrän ihan erilaiseksi kun mä nään, koska mä tietysti, ku mä tapaan näitä aika paljon ja teen aika paljon näitä kuntoutussuunnitelmia, niin mul on kuitenkin semmonen kokonaisnäkemys siitä, että mitä on järkevää tämmösessä vaiheessa määrällisesti ja jotenkin enemmän nähdä se muukin kokonaisuus. Et siin on toimintaterapiaa ja muuta, kun palveluntuottaja voi nähdä sen hyvin vaan nyt täst fysioterapian, tuota sen vaan näkee, vaan sen oman juttunsa ja aattelee et tää tarvii nyt seikkyt kertaa. (S4)*

Kuntoutuksen suunnittelussa pohditaan kuntoutuksen perusteita suhteessa edistymiseen. Tällöin saattoi ilmetä erimielisyyttä palveluntuottajan suostittaman kuntoutuksen määrän suhteen. Kuntoutussuunnitelman tekijäpuoli oletti joskus ilmenevän ristiriitaa myös palveluntuottajan lausunnon ja kuntoutujan oman mielipiteen välillä arvioitaessa kuntoutuksen tarvittavia määriä.

*Välillä on semmosia, et niitä muutetaan ja varsinkin sitte jos niitä katsoo muutaman vuoden taaksepäin palautteita, ni välillä huomaa, et ne on ihan sanasta sanaan samoja. Et sitte tietenkin tulee vähän semmonen olo, et tää nyt ei oo edistyny. Et sit voi olla, että vähän muokataan niitä määriä tai muuta. Sillon ainaki mä kyllä keskustelen sen asiakkaan kanssa siinä, että mun näkemys nyt on, että tää määrä riittä vähäsempiki ja sitte päädytään johonkin kompromissiin siinä sitten. Mut usein ainaki mitä mulla nyt on kokemusta, ni jos sen heile selittää, ni aika usein he tulee siihen mukaan. Et jollain tapaa hekin sit on varmaa huomannu, ettei se nyt niin välttämätöntä. Ja joskus heillä on ollu sell käsitys, tällä asiakkaalla ja palautteella, et heillä voi olla iha eri käsitys mikä se jatko on. Et semmostaki kyllä on. Asiakkaalla voi olla paljon pienempi ku fysioterapeutilla esimerkiksi se määrä ja sit tietenki siitä keskustellaan. (S8)*

### 6.3 Palveluntuottajan odotukset

Palveluntuottajat, etenkin avohoidossa toimivat terapeutit, toivoivat lisää yhteistyötä kuntoutujan kanssa toimivien muiden tahojen kanssa. Monet palveluntuottajina toimivat terapeutit työskentelivät ammatinharjoittajina yksin tai yhdessä useamman terapeutin kanssa. He kokivat toimivansa erillisenä saarekkeena vähäisen tiedon ja yhteistyön varassa. Avohoidon palveluntuottajat esittivät enemmän toiveita yhteistyön lisäämiseen kuin laitoshoidon palveluntuottajat ja kuntoutussuunnitelman tekijätaho. Moni palveluntuottaja kaipasi enemmän tietoa kuntoutujan tilanteesta ja niistä muista terapioista, mitä kuntoutujalla oli meneillään. Pääasiallisena tiedonlähteenä palveluntuottajalla olivat ne tiedot, mitä hän sai kuntoutujalta itseltään. Tietosuoja ja eri tahojen työkäytäntöjen takia tieto ei kulkenut parhaalla mahdollisella tavalla eri hoitotahojen välillä. Palveluntuottajat eivät saaneet tietoa toinen toisiltaan. Terapeutit kertoivat, että kuntoutuslaitokset lähettivät palautteen hoitavalle lääkärille mutta eivät toimittaneet sitä hoitavalle terapeutille. Puutteellisen ja osittaisen tiedon varassa toimimisen ja irrallisuuden koko hoitoketjusta koettiin vaikeuttavan kuntoutuksen kokonaisvaltaisuuden ideaalia.

*Tämmöstä perustietoa tulee mulle hirveen huonosti mistään muualta, kun sieltä asiakkaalta iteltänsä. Että tietysti ois ihan kiva, että mäki saisin vähän, että mitä nyt on suunniteltu ja. (T1)*

*Mutta jotenkin niin kun en osaa ihan sillein konkretisoida sitä, mutta jotenkin tulee itelle vielä semmonen olo, että me ollaan vähän niin kun tietyllä tapaa pikkasen niin kun irrallaan täällä, et se ei kaikkiin sillein tällaseen hoitoketjuun tai tällaseen ajatteluun. (T12)*

*[Kuntoutuslaitoksen nimi] taas niinku nämä palautteet, niin yleensä ne menee aina sille hoitavalle lääkärille mutta monesti se tärkeämpi paikka olisi se hoitava terapeutti ja se yhdyshenkilö tai joku muu tämmöinen taho. (S1)*

Palveluntuottajat toivoivat, että heidän tietämystään hyödynnettäisiin enemmän ja heidän mielipidettään kysyttäisiin useammin, kun kuntoutujalle tehdään uusia suunnitelmia. Toisaalta he toivoivat, että kuntoutuksen suunnittelutaholla olisi enemmän tietoa eri kuntoutusmuotojen toimintatavoista ja vaikutusmahdollisuuksista. Joskus esitettiin epä-

realistisia tavoitteita suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin nähden.

*Mää voisin saaha siitä tukea kyllä varmasti, jos mää tietäsin, että asiakas nyt on ajatellu, että hän tarvis tämmöseen tai tämmöseen asiaan apua, niin sitä vois tietysti kysästä, että mitä mieltä määki oon. Sitte siitä, siinä kohdassa miss, mihin hän menee sitä puhumaan. Mä en aina tiiä sitte kaikkia NÄITÄ. Niin joo ja sitten se asiakas-ki kertois, että kenekä kans tekkee yhteistyötä ja mitä vois kysyä, että mitä se on mieltä. Tai että ne toiset edes tietäis, että semmonenki tekkee töitä tämän kanssa. (T1)*

*Mitähän joku, joka on asiaa esittänyt ja myöntäny oikeesti mieltii, et mitähän kahdeskymmenes kerras sentään nyt jotain saadaan aikaseks, mutta sekin on semmosta viittätoista, kymmenen viistoistki kertaa ja niin edespäin niin. Niin se on vähän jo ku maalattais vähän vanha [naurahtaa] talo ilman, et tehdään pohjatöitä kunnol. (T8)*

Palveluntuottajat mainitsivat myös käytännön ongelmia omalta taholtaan. Yhteistyön tekeminen, tapaamisten sovittelu ja puhelinaikojen seuraaminen oli aikaavievää toimintaa. Esille tulivat taloudelliset kysymykset, korvauserusteet ja se, miten terapeutti rahoitti yhteistyöhön käyttämänsä ajan. Yhteistyön runsaus oli kiinni palveluntuottajan omasta aktiivisuudesta, mutta he odottivat yhteistyötarjouksia myös kuntoutuksen suunnittelutaholta. Monet toivoivat, että heidät kutsuttaisiin kuntoutuksen suunnittelupalaveriin. Tämä edellytti kuitenkin kutsun saamista hyvissä ajoin, jotta terapeutti ehti järjestää ajan vapaaksi asiakastyöstä.

*Et tavallaan, että muutama hetki jutella tavallaan sen ihmisen kanssa, joka on niin kun siellä ollut hoitamassa ja sitten osata taas kertoo vastaavasti, että täällä meni jakso näin ja näitä tehtiin. Mutta okei, miksei se sama asia hoituis paperillakin, mutta tuntuu, että se ois ehkä nopeampi sitten muutama hetki puhelimessa. Mutta en tiiä, onko siihen mahdollisuutta nykyisessä työelämässä. (T12)*

*Varsinkin jos oikee soitettais ja kutsuttais, ni mä kyl näkisin sen niin arvokkaana [naurahtaa] yhteydenottona, et kyl mä melkeen ihan periaatteen vuoks koittaisin itseni järjestää sinne sitte että. Et kyl must se on niin iso puute. Kun tekee itsenäisenä ammatinharjottana tämmöst vaikeavammasten ihmisten kuntoutusta, niin se olis yks ainaki lenkki tai jotain, et siihen olis hyvä ja*

*koitan omalt osaltani aina jos joku vaa vähänkin on halukas tekemään jotain yhteistyötä ni koitan kans sitte, et se ei jäis mut, sehä olis aika hieno, jos oikein kutsuttais niin. (T8)*

Yhteistyötahon selvittäminen oli joissakin tapauksissa hankalaa palveluntuottajille. He kokivat joskus työläänä selvittää kuntoutujan hoitotahoa ja sitä, missä seuraava kuntoutussuunnitelma laadittiin. Mikäli terapeutilla oli vaikeuksia selvittää seuraavaa kuntoutussuunnitelman tekopaikkaa, lienee se erityisen hankaa myös itse kuntoutujalle.

*Joo, terveystakeskussakin on kyllä aika hankalaa, nytki mulla oli yks semmonen asiakas, jonka palautteen mä laitoin, mä sanoin, että kun sun kuntoutussuunnitelma on nyt loppumassa, että mihin mää osotan tämän, että panenko mää neuron polille vai mihinkä, ni se sano että eiku terveystakeskukseen. No kukas sul on hoitava lääkäri? Ei mulla oo semmosta. Nii sitte mää laitoin (paikannimi) ja sanoi että ei hällä siellä oo semmosta lääkäriä, joka hänet tuntee. (T1)*

Palveluntuottajat pitivät hankalana muutosten saamista kuntoutuspäätökseen sen voimassaoloaikana. Kuntoutujan tilanne tai siinä tapahtuneet muutokset saattoivat vaatia tekemään muutoksia kesken kuntoutussuunnitelman voimassaolon. Vähäisetkin muutokset piti hoitaa kuntoutuksen suunnittelutahon kautta. Niitä ei voinut päätöksen voimassa oloaikana esittää suoraan Kelalle vaan ne piti esittää kuntoutuksen suunnittelutahon kautta. Tämä menettely lisäsi sekä palveluntuottajien että julkisen terveydenhuollon tehtäviä uusien lausuntojen kirjoittamisen takia.

*Sit ku tarvitaan pieniki muutos kuntoutussuunnitelmaan, niin aina sen lääkärin kautta uudestaan. (T6)*

*Ja yleensä, jos me on jotain ehotettu, mut sen pitää aina mennä sieltä lähettävän lääkärin kautta. Että Kelan kanssa ei voi sopia, että voitasko tehdä näin tai näin. Se pitää aina sopia sieltä sen lääkärin kautta eli laitetaan palaute lääkärille, ett voitasko muuttaa allasterapiaa ja kuivaterapian suhdetta, että näin ja näin monta kertaa allasta ja näin. Koska muuten Kela ei voi tehdä sitä päätöstä, että kaikki menis. Ett on siinä kankeutta. (T10)*

*Et kuntoutuja tilaa sinne ajan ja sitten on taas kirjallinen palaute myöskin taikka sitte palaute ja puhelinsoitto. (T7)*

Palveluntuottajat pitivät huonona muutosta, jonka mukaan yksityissektorilla toimivan erikoislääkärin lausunto ei enää kelvannut kuntoutussuunnitelmaksi vaan vaadittiin julkisen terveydenhuollon tekemää suunnitelmaa. Kuntoutujan tilannetta pitkään seuranneella erikoislääkärillä katsottiin olevan usein laaja tietämys kuntoutujan tilanteen kehittymisestä ja tarvittavista kuntoutuksen tukitoimista.

*Et enää ei nää yksityislääkäreitten kuntoutussuunnitelmat kelpuuteta. Et se on huono asia. Että saattaa olla, et on käynyt jollain tietyllä esimerkiksi neurologilla vuosien varrella, mill on vankka kokemus ja on ammattitaitoo ja osaa ohjata monelle taholle. Ja sit saatetaanki mennä terveyskeskukseen, mis on omalääkäri, mitä ei ole ehkä ikinä nähnykkään ja lääkäri ehkä kunnolla edes tiedä kyseisestä diagnoosista ja varsinkaan toimintakyvyn haitoista paljoakaan. On ollu jopa tapauksia sit, että lääkäri on kirjottanu kuntoutussuunnitelman näkemättä kuntoutujaa, ihan papereitten perusteella tai sen että hän on nähnyt joskus muutama vuosi sitten. (T7)*

## 7 Pohdinta ja kehittämis ehdotukset

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Laadullisissa tutkimuksissa pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään jotakin tapahtumaa tai toimintaa, jolloin on tärkeää, että haastateltavaksi saadaan henkilöitä, jotka tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 88). Tätä pidetään aineiston riittävyyden ja luotettavuuden kriteerinä. Laajakaan aineisto ei anna vastauksia tutkimuskysymyksiin, jos se on kerätty henkilöiltä, joilla ei ole kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksessa haastateltavat olivat oman asiansa asiantuntijoita ja heidät oli valittu tutkimukseen erityistä harkintaa käyttäen. Heillä oli kokemuksia tutkittavasta alueesta. Toki myös haastateltavien persoonallisuus vaikutti saatuihin tuloksiin. Tavoitteena haastateltavien monipuolisuuden valinnassa oli mahdollisimman monipuolisen aineiston kerääminen ja erilaisten näkemysten esille saaminen vaikeavammaisten kuntoutuksen suunnittelusta.

Laadullisessa tutkimuksessa arviointi kiteytyy kysymykseksi tutkimusprosessin luotettavuudesta ja siitä, kuinka pätevästi tutkimustekstissä kuvataan tutkittua kohdetta (Eskola ja Suoranta 1998, 211–213). Tutkimusraportissa aineistolainaukset

saivat merkittävän aseman. Niiden avulla halusin tehdä näkyväksi kertojien omakohtaisia kuvauksia ja antaa lukijalle mahdollisuuden seurata ja arvioida tulkintojeni ja johtopäätösteni etenemistä. Lukija etsii tutkimuksesta usein jotakin sellaista, jonka hän voi itsekin allekirjoittaa ja josta välittyy elämän maku ja todellisuuden tuntu (Eskola ja Suoranta 1998, 211; Granfelt 1998, 43).

Perttulan mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden mittari on tutkimusprosessin johdonmukaisuus, jonka mukaan tutkittavan ilmiön perusrakenteen, aineiston hankintatavan, teoreettisen lähestymistavan, analyysimenetelmän ja tutkimuksen raportointitavan välillä tulee olla looginen yhteys. Tutkimuskohteenani on sosiaalinen ilmiö, jossa keskeistä on ihmisten välinen vuorovaikutus, minkä tutkimiseen kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien katsotaan soveltuvan hyvin. (vrt. Perttula 1995, 99–103.) Olen pyrkinyt raportissani kuvaamaan tutkimusprosessini läpinäkyvästi (vrt. Eskola ja Suoranta 1998, 211). Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla henkilöitä, joilla oli kokemuksia vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta. Olen tutkimuksessa halunnut tuoda esille toimijoiden käytännön kokemuksia ja tähän tarkoitukseen narratiivinen haastattelu soveltui hyvin. Tutkimusraportissa olen erisnimien ja yksityiskohtaisten taustakuvausten poisjättämisellä pyrkinyt turvaamaan haastateltavien anonymiteettia.

Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan tilastollisen yleistettävyyden sijasta mahdollisuuden yleistettävyydestä ja siirrettävyydestä, jolloin jokin ilmiö voi toimia myös muissa ympäristöissä. Tutkimustulosten ei tarvitse osoittautua yleispäteviksi vaan nimenomaan päteviksi, tietyn kontekstin relevantiksi kuvauksiksi. (Peräkylä 1995, 47–48.)

### 7.2 Yhteenveto ja pohdinta

Kuntoutukselle, ja sitä kautta myös kuntoutuksen suunnittelulle, on esitetty suuria haasteita. Kuntoutuksen määrittelyn mukaan se on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka yleistavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämänhallintaansa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon ovat sairauden tai muiden syiden vuoksi uhattuina tai heikentyneet (Järvikoski ja Härkäpää (1995, 21).

Vaikeavammaisten kuntoutusjärjestelmä on erityislaatuinen. Kuntoutussuunnitelma pitää laatia julkisessa terveydenhuollossa hoidon porrastuksen mukaan joko erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa, Kela tekee päätökset kuntoutuksen myöntämisestä ja yksityiset palveluntuottajat huolehtivat kuntoutuksen toteuttamisesta. Kuntoutuksen onnistunut kohdentuminen ja toiminnan suunnittelu yksilöllisten kuntoutustarpeiden kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla ovat kuntoutuksen tulosten kannalta olennaisia kysymyksiä, kuten myös eri toimintajärjestelmien väliset kitkattomat palveluketjut (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002).

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella, miten vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelma käytännössä rakentuu kuulemalla vaikeavammaisten kuntoutujien ja heidän kanssaan työskennelleiden kuntoutuksen käytännön tason työntekijöiden ja palveluntuottajien kokemuksia ja arvioimalla niistä muodostuvaa kuvaa. Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelu näytti tutkimusaineiston valossa monimuotoiselta. Eriytymiseen näyttivät vaikuttavan sekä kuntoutuksen suunnittelun toimintaympäristöt että paikalliset toimintakäytännöt. Tutkimuksessa tarkemman tarkastelun kohteena olevan kymmenen kuntoutujan viimeisistä kuntoutussuunnitelmista neljä oli laadittu perusterveydenhuollossa, viisi erikoissairaanhoidossa ja yksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisenä yhteistyönä. Tyypittelin kuntoutussuunnitelman rakentumisen työmallit neljään ryhmään: lääkärikeskeiseen sekä työnjakoon, ryhmätyöhön ja välittyneeseen tietoon perustuvaan ryhmätyöhön perustuvaan malliin.

Lääkärikeskeisessä mallissa lääkäri, tutkimuksen tapauksissa terveyskeskuslääkäri, laati kuntoutussuunnitelman yhdessä kuntoutujan kanssa. Suunnitelman laatiminen perustui kuntoutujan kanssa käytyyn keskusteluun ja käytössä oleviin asiakirjoihin. Aiemmin tehdyillä kuntoutussuunnitelmilla oli keskeinen asema, kuten myös palveluntuottajan antamalla kirjallisella palautteella. Työpaikan muiden työntekijöiden asiantuntemusta ei tässä mallissa hyödynnetty. Tämä työmalli näyttää tehokkaalta, koska ainoastaan lääkäri käyttää siihen työaikaansa. Mikäli aiemmin tehty kuntoutussuunnitelma on laadittu laajasti vastaamaan kuntoutujan tarpeita tai mikäli kuntoutuja itse osaa tuoda tarpeitaan julki laatimistilaisuudessa, on tämä toimiva käytäntö. Sen sijaan jos aiemmin laadittu kuntoutussuunnitelma on kapea-alainen eikä myöskään kuntoutuja itse osaa esittää vahvasti omia

tarpeitaan, on vaarana, ettei kuntoutussuunnitelma vastaa kuntoutujan tarpeita eikä hän saa tarvitsemiaan kuntoutuspalveluja.

Työnjakoon perustuvassa työmallissa kuntoutuja tapasi useamman eri ammattia edustavan työntekijän, mutta eri tapaamiskerroilla. Tiedonvälitys tapahtui kirjallisen materiaalin avulla. Tämän mallin etuna on se, että suunnitelma perustuu useampaa ammattialaa edustavan työntekijän näkemykseen, ja voidaan olettaa näin syntyvän laaja-alaisempia kuntoutussuunnitelmia kuin yhden työntekijän laatimana. Tähän päätelmään tulivat esimerkiksi Kari ja Puukka (2001) selvitellessään vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmien sisältöjä. Kirjallisen tiedonvälityksen kohdalla voidaan miettiä, miten hyvin työntekijät pystyvät välittämään tietoa keskenään, kuvaamaan ja ymmärtämään toistensa käyttämää kieltä ja siihen liittyviä merkityksiä. Tämä kysymys koskee laajemminkin kirjallista viestintää kuntoutuksen suunnittelutahon ja kuntoutuksen päätöksentekijän välillä. Kuntoutuksen suunnittelun keskeisenä henkilönä toimiva työntekijä oli tässä työmallissa jonkin muun alan kuin lääketieteen edustaja. Keskeisessä asemassa toimiva työntekijä kartoitti kuntoutujan tilanteen ensin laajasti, laati alustavan kuntoutussuunnitelman ja toimitti sen valmiina allekirjoitettavaksi lääkärille. Tämä työmalli vapautti kiireisen erikoislääkärin paneutumaan muihin tehtäviin. Tämä työmalli oli tutkimusaineistossa yleisimmin käytössä ja sitä käytettiin erikoissairaanhoidossa.

Ryhmätyöhön perustuvassa työmallissa eri ammattiryhmiä edustavat työntekijät tapasivat yhdessä kuntoutujan. Heillä oli mahdollisuus kuunnella kuntoutujaa, esittää hänelle kysymyksiä, pohtia kuntoutujan tilannetta, tarpeita ja tukimahdollisuuksia yhdessä ja rakentaa niistä sopiva kokonaisuus. Tämä työmalli mahdollistaa laaja-alaisen kuntoutuksen suunnittelun. Vaarana kuitenkin on, että kaikki työntekijät eivät ole tasavertaisessa asemassa esittämään näkemyksiään ja tämä malli vaatii runsaasti aikaa, kun kuntoutujan tilannetta pohditaan monesta näkökulmasta. Tämä malli asettaa myös kuntoutujalle haasteita, mikäli hän kohtaa useamman ammattilaisen yhtä aikaa eikä hän välttämättä tunne heitä kaikkia, ainakaan kovin hyvin. Tämä malli oli käytössä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.

Moniammatillisten tiimien tekemien kuntoutussuunnitelmien on todettu olevan merkittävästi parempia kuin yksittäisten lääkärien tekemät suunnitelmat. Tiimien laatimissa suunnitelmissa

kuntoutujan toimintakyky, elämäntilanne ja elinympäristö sekä kuntoutuksen tavoite ja perustelut oli kuvattu paremmin kuin lääkärin yksin tekemissä suunnitelmissa. Moniammatillisten tiimien työskentelytapoja Kari ja Puukka (2001) eivät omassa selvityksessään eritelleet tarkemmin. Moniammatillinen yhdessä työskentely on vaativaa ja aikaa vievää ja se vaatii toisten työtapojen tuntemusta ja kunnioittamista. Rakenteiden pysyvyys mahdollistaa pitkäjänteisen oppimisen ja yhteistyön harjaantumisen. Moniammatillisen tiimin harjaantumisessa on kysymys kunkin toimijan oman asiantuntijuuden päälle rakentuvan verkosto- ja vuorovaikutusasiantuntijuuden kehittymisestä. (Karjalainen 2006, 262.)

Välittyneeseen tietoon perustuvassa mallissa asiantuntijoista koostuva kuntoutusryhmä käsitteli kuntoutussuunnitelmaa heille toimitetun kirjallisen materiaalin pohjalta. Työntekijä oli tehnyt yhdessä kuntoutujan kanssa kuntoutussuunnitelman, mutta se käsiteltiin tai ikään kuin hyväksyttiin kuntoutusryhmässä. Itse kuntoutuja ei ollut läsnä tässä tilaisuudessa. Koolla oli eri ammattialoja edustava työntekijöiden joukko, mutta kukaan heistä ei ollut tavannut kuntoutujaa vaan käsittely tapahtui kirjallisen materiaalin perusteella. Tämän työmuodon etuna voidaan pitää sitä, että työntekijöillä on laajasti asiantuntemusta kuntoutuksen kentästä ja heillä on mahdollisuus yhtenäistää kuntoutussuunnitelmien sisältöjä. Ryhmän kokoonpano oli pitkälti vakiintunut, mikä edisti ryhmän yhdessä työskentelyä. Toisaalta voidaan pohtia, miten hyvin kirjallisen viestinnän avulla pystytään kuvaamaan kuntoutujan monimuotoista tilannetta ja miten kattavan arvioinnin kuntoutujan kanssa työskennellyt työntekijä on kuntoutustyöryhmälle pystynyt esittämään. Asiakirjojen kautta tapahtuvan käsittelyn vaarana on nähty olevan kaavamaisten ratkaisujen tekeminen asiakkaan ainutlaatuisessa tilanteessa (Saikku ja Karjalainen 2007, 20).

Kuntoutujan aseman ja osallistumisen korostaminen on lisääntynyt kuntoutuksessa. Itsemääräämistä ja osallistumista omien elämäntavoitteiden määrittelyssä ja kuntoutuksen suunnittelussa voidaan pitää ihmisen perustavana oikeutena. Kuntoutujien osallistuminen oman kuntoutussuunnitelmansa rakentumisessa ilmeni tutkimusaineistossa eri tavoin. Kaikki tutkimuksen kuntoutujat eivät tavanneet lainkaan kuntoutuksen suunnittelun osapuolta tai suunnitelma hyväksyttiin ryhmässä, jossa kuntoutuja itse ei ollut läsnä. Näissä tapauksissa kuntoutujan tilanne ja ääni välittyi suunnitelman tekijöille kirjallisen materiaalin kautta. Tässä koh-

din on tärkeää pohtia, minkälaisena kuntoutujan ääni saadaan välitettyä päätöksentekijöille. Kari ja Puukka (2001, 72) totesivat vaikeavammaisille kuntoutujille tehtyjä kuntoutussuunnitelmia tarkastellessaan, että kuntoutussuunnitelmiin kirjattujen tietojen perusteella kuntoutujan osallistuminen kuntoutussuunnitelman laatimiseen oli vähäistä. Samaiseen tutkimukseen liittyvien asiakas- ja hoitoyksikkökyselyjen tulokset huomioiden tutkijat kuitenkin olettivat, että todellinen tilanne ei ollut näin huono vaan tilanteet oli suunnitelmissa kuvattu puutteellisesti.

Ulla Salmelainen (2008) on tutkinut tiedon välittymistä ja rakentumista ikäihmisten kuntoutuksessa. Kirjallisista dokumenteista, kuten lääkärintodistuksista, välittyi hyvin tietoa kuntoutujan terveydestä ja fyysisestä toimintakyvystä, mutta vain niukasti tietoa sosiaalisesta toimintakyvystä sekä tilante-tekijöiksi luokitelluista kuntoutujan elinympäristöstä, elämäntilanteesta, kotona selviytymisestä ja avuntarpeesta. Arjen käytäntöjen ja toimintojen moninaisuus sekä niiden kirjaaminen ja tiedon välittäminen koettiin ongelmallisena. Sen sijaan työntekijöiden yhteisissä tapaamisissa näitä tietoja pystyttiin välittämään. Karin ja Puukan (2001) sekä Salmelaisen (2008) tutkimusten perusteella kirjallisen materiaalin kautta välittynyt tieto oli puutteellista ja kapea-alaista eikä se välittynyt monipuolisena ja laajana eteenpäin päätöksentekijälle. Käytännöt ovat huomattavasti mutkikkaampia ja monisäikeisempiä kuin asiakirjoilla pystytään kuvaamaan (vrt. Kumpuniemi 2004). Kuitenkin juuri näillä arjen tilanteilla ja niistä selviytymisellä on suuri merkitys vaikeavammaisen ihmisen elämässä ja niiden tulisi välittyä päätöksentekijälle, jotta pystytään tekemään kuntoutujaa hyödyttäviä kuntoutuspäätöksiä.

Suurin osa tutkimuksen kohteena olevista kuntoutujista tapasi kuntoutuksen suunnittelutahon, mutta heidän osallistumisasteensa vaihteli suuresti. Useimmiten kuntoutujat esittivät suunnittelun sujuneen luottamuksellisessa hengessä suunnittelutahon kanssa. Kuntoutujan rooli kuvautui kuitenkin asiantuntijan näkemysten myötäilijänä ja hyväksyjänä. Työntekijöiden työskentelytapa ja keskustelua ohjaavat kysymykset ohjasivat vahvasti suunnittelun kulkua. Työntekijät toivat esille näkemyksensä, että kaikilla kuntoutujilla ei ole edellytyksiä osallistua oman suunnitelmansa tekemiseen, mutta tässä kohdin voi pohtia, annetaanko kuntoutujalle riittävästi aikaa ja tilaa esittää omia näkemyksiään. Kuntoutujan vastuulle jäi usein kuntoutuksen suunnitteluprosessin etenemisestä huolehtiminen.



Monille kuntoutujille tämä oli ylivoimaista ja he tarvitsivat muiden tukea. Palveluntuottajat toimivat usein kuntoutuksen suunnittelun käynnistymisessä ja prosessin etenemisessä kuntoutujan tukena.

Kuntoutujan osallistumisen ja vaikutusmahdollisuuksien vahvistumisen korostaminen asettaa merkittäviä vaateita perinteiselle asiantuntijuudelle ja asiantuntijälähtöisyydelle. Se edellyttää neuvotteluvaa asiantuntijuutta, jossa hyväksytään tietämisen mahdollisuuden olevan sekä asiantuntijalla että asiakkaalla. Keskeistä kuntoutujan ja ammattilaisen kohtaamisessa on tällöin dialogi, jonka avulla yksilön arvot ja preferenssit tulevat esiin ja havaituiksi. Toiminnassa korostuu silloin tulkintojen moni-ilmeisyys ja moninaisuus. Yksinkertaiset ongelmanmäärittelyt eivät riitä, vaan tilanteet ovat muuttuvia ja neuvottelullisia. Tämä edellyttää ammattikäytännöiltä ja palvelujärjestelmiltä herkkyyttä toimia muuttuvissa tilanteissa ja hyvinkin erilaisin tiedoin, taidoin, kyvyin ja temperamenttein varustettujen ihmisten kanssa. Erityisen paljon se vaatii työntekijältä, joka asettuu jokaisen asiakaskohtaamisen jokaisella hetkellä kuulemaan, mitä asiakas sanoo ja reagoimaan siihen samalla kun miettii sitä, mitä häneltä ja asiakkaalta jää sanomatta. (Leonard 1997; Pösö 2000; Cardol ym. 2002.)

Jotkut kuntoutujat pitivät asiantuntijatahon tietämystä ja ymmärrystä kuntoutusasioista puutteellisinä. Tällöin kuntoutujan oma aktiivisuus ja kyvykyys tuoda omia tarpeitaan esille ja hänen tietämyksensä kuntoutuksen mahdollisuuksista vaikutti suuresti kuntoutussuunnitelman muotoutumiseen. Nämä kuntoutujat arvioivat joutuvansa itse huolehtimaan kuntoutussuunnitelmansa rakentumisesta ja pitämään omaa ääntään kuuluvilla, jotta suunnitelmaan tuli tarvittavat palvelut. Samalla he kritisoiivat kuntoutuksen suunnittelutahon ammattitaitoa ja tietämystä kuntoutuksen mahdollisuuksista. Nämä näkemykset tulivat voimakkaasti esille myös laajemmassa vaikeavammaisten kuntoutuskokemuksia käsittelevässä tutkimuksessa (Hokkanen ym. 2009), jonka mukaan monet kuntoutujat kokivat joutuvansa kohtuuttoman tehtävän eteen yrittäessään valistaa lääkäriä sekä omasta tilanteestaan, kuntoutustarpeistaan ja -odotuksistaan että kuntoutusjärjestelmän mahdollisuuksista ja toiminnasta. Kuntoutujat toivoivat, että heidän kuntoutussuunnitelman laatimistilanteessaan olisi mukana kuntoutusasioita syvällisesti ja laaja-alaisesti tuntevia asiantuntijoita. Tähän toivomukseen olisi pystyttävä vastaamaan nopeasti.

Vaikeavammaisten kuntoutuskokemuksia käsittelevässä raportissa (Hokkanen ym. 2009) kysytään, onko tuloksellinen kuntoutus mahdollista, jos kuntoutujan yksilöllisiä, kokemukseen perustuvia toiveita ei oteta huomioon. Niiden huomioiminen tuntuu välttämättömältä silloinkin, kun kliinisesti määritellyt tarpeet ja keskiarvoihin perustuvat tutkimustiedot kuntoutusmuotojen vaikutuksista perustelisivat hiukan toisenlaisia ratkaisuja kuin kuntoutujan toiveet. Ovatko juuri nämä kuntoutujan henkilökohtaiset preferenssit ja tavoitteet kuntoutuksen toteutuksessa ja sisällössä kaikkein olennaisimpia myös vaikuttavuuden kannalta sen vuoksi, että niihin vastaaminen on keino ylläpitää kuntoutujan motivaatiota toimintaan osallistumisesta ja sen hyödyksi käyttämisestä.

Kuntoutuksen suunnittelutaho ei aineistossa tuonut esille äänekästä ja siinä suhteessa vaativaa asiakkuutta. Jonkin verran suunnittelutaho koki, että heille esitettiin ylimitoitettuja toiveita esimerkiksi terapian kertamäärien suhteen. Jotkut kuntoutussuunnitelman laatijat esittivät näkemyksensä, että nämä suuret terapiamäärät saattoivat olla myös palveluntuottajan intressissä, koska tämän tuli turvata itselleen riittävä asiakaskunta.

Palveluntuottajat toivat kuntoutujia voimakkaammin esille kuntoutuksen suunnittelussa esille tulleita puutteita. He arvioivat kuntoutuksen suunnittelun olevan usein kapea-alaista, vähäisen taitotiedon ja ajankäytön perusteella tehdyksi. Palveluntuottajat, erityisesti yksin työskentelevät terapeutit kokivat olevansa syrjässä muusta kuntoutuksen toimintajärjestelmästä, ja he olisivat mielellään toimineet keskeisemmässä roolissa kuntoutuksen palveluketjussa. Voi olettaa, että kuntoutujien vähäinen kritiikki suunnittelutahoa kohtaan johtuu osittain siitä, että he ovat vahvasti riippuvaisia julkisista palveluista eikä heillä ole palvelujen suhteen valinnanvaraa, joten heidän ei sopinut myöskään kritisoida suunnittelutahoa.

Kuntoutuksen seuranta tapahtui paljolti palveluntuottajien toiminnan kautta. Mikäli kuntoutujan tilanteessa tai kuntoutuksen tarpeessa ilmeni muutoksia, tapahtui viestintä usein palveluntuottajan välityksellä. Kuntoutuksen etenemistä seurattiin virallisesti palveluntuottajan kirjallisen palautteen avulla. Julkinen terveydenhuolto seurasi kuntoutuksen etenemistä lähinnä määrääjoin uusittavien kuntoutussuunnitelmien yhteydessä.

Tässä tutkimuksessa tulevat selkeästi esiin palvelujärjestelmän rakenteissa ja työn organisointita-

voissa ilmenevät hankaluudet. Kuntoutusprosessin hoitaminen on pirstottu kolmelle toimijataholle; julkiselle terveydenhuollolle, Kelalle ja yksityisille palveluntuottajille. Lisäksi yhdellä kuntoutujalla saattaa olla monia palveluntuottajia, jotka toimivat itsenäisesti eivätkä tiedä välttämättä edes toistensa olemassaolosta, puhumattakaan siitä, että he tekisivät yhteistyötä keskenään. Jos halutaan kehittää kuntoutusta asiakkaiden tarpeita vastaaviksi, työtapoja on syytä kehittää niin, että järjestelmän pirstaleisuutta korjataan kokonaisnäkemyksellä. Tällöin työtä organisoidaan siten, että kuntoutustyön osapuolet tuntevat olevansa osa katkeamatonta ketjua tai suurempaa kokonaisuutta. Sitä edellyttää jo verkostoituminen, johon kuntoutustyö on ainakin juhlapuheissa sitoutunut. Tämä merkitsee samalla työntekijöiden ja asiakkaiden keskinäisen dialogin syvenemistä. Hyvän verkoston ei tarvitse toimia joka hetki yhdessä. Verkoston osapuolet tukevat siis paitsi kuntoutujaa myös toinen toistaan. (Metteri ja Haukka-Wacklin 2004, 65.)

Kuntoutuksen suunnittelussa toteutuva arviointiketju antaa aihetta pohtia kuntoutusjärjestelmän tarkoituksenmukaisuutta ja tehokkuutta. Vaikeavammaisen kuntoutujan tilannetta ja kuntoutuksen tarvetta arvioidaan jokaisen kuntoutussuunnitelman uusimisenkin osalta vähintään kolmiportaisesti. Palveluntuottaja arvioi ensin kuntoutujan kuntoutumisen etenemistä ja jatkokuntoutuksen tarvetta, sitten julkinen terveydenhuolto arvioi tilannetta kuntoutussuunnitelman laatijan ominaisuudessa ja lopuksi Kela päätöksentekijän ominaisuudessa. Nämä kaikki järjestelmät toimivat itsenäisesti eikä yhteistyötä keskenään juurikaan tehty vaan yhteistyö tapahtui lähes pelkästään yksisuuntaisen kirjallisen materiaalin lähettämisen avulla. Olisiko tätä kuntoutuksen suunnittelussa toteutettavaa arviointiketjua mahdollista jotenkin keventää?

Myös asiakaslähtöisyyden toteutumista voidaan pohtia tässä arviointiketjussa. Kenellä on mahdollisuudet kohdata kuntoutuja ja kuunnella hänen tarpeitaan ja miten ne pystytään viestittämään eteenpäin päätöksentekoa varten? Lääketieteellinen määrittely toimii edelleen peruskriteeristönä kuntoutustarpeen arvioinnissa. Lääketieteen luonnontieteellinen ja objektiivisia löydöksiä painottava tietokäsitys asettuu usein kuntoutuksessa tietämisen hierarkian huipulle ja jättää varjoonsa muunlaiset tiedot ja tietokäsitykset. (Metteri 1996.) Tätä hierarkiaa pitää yllä sosiaalivakuutusjärjestelmä, joka edellyttää kuntoutuksen myöntämisen kriteerinä ensi sijassa lääketieteellisiä perusteluja (Metteri

ja Haukka-Wacklin 2004, 59). Mutta tarvitaanko aina lääkärin kannanottoa vai olisiko byrokratiaa vähennettävissä niin, että palveluntuottajalla olisi mahdollisuus saada muutoksia kuntoutuspäätökseen ilman, että pienetkin muutokset pitää pyöräyttää lääkärin kautta ja tehdä uusi kuntoutussuunnitelma? Tämän tutkimusaineiston valossa näyttää siltä, että kuntoutusohjaajat ovat usein keskeisessä roolissa kuntoutujan kuntoutussuunnitelman rakentumisessa ja tekevät eniten yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Onko pitkäaikaista kuntoutusta vaativien kuntoutujien seurantaa siirrettävissä enenevässä määrin muiden kuin kiireisten lääkäreiden hoidettavaksi silloin, kun kuntoutujan tilanne on suhteellisen pysyvä?

Palveluntuottajat ovat lähellä kuntoutujan arkea ja heidän välilleen muodostuu usein hyvinkin tiivis suhde. Palveluntuottajalle muodostuu käsitys kuntoutujan kuntoutumisen etenemisestä ja jatkotarpeista tämän kuntoutusmuodon osalta. Tämän tutkimusaineiston perusteella näyttää siltä, että palveluntuottajien resursseja ei ole kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutumisen seurannassa hyödynnetty kaikilta osin vaan he toimivat ikään kuin erillisenä saarekkeena. Tutkimusaineistossa tuli jonkin verran epäilyjä siihen suuntaan, että palveluntuottajilla saattaa ilmetä kiusaus esittää palautteet siinä muodossa, että kuntoutus jatkuisi ainakin entisessä laajuudessa. Tätä voidaan pyrkiä välttämään yhteisellä työskentelyllä, jossa palveluntuottajat sitoutetaan enemmän yhteistyöhön ja kuntoutuksen suunnitteluvaiheeseen.

Kuten viimeisessä kuntoutusselonteossakin (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002, 21) todetaan, tulee lääkärin ja muun kuntoutuksessa toimivan henkilöstön tietoja kuntoutusmahdollisuuksista, kuntoutusmenetelmistä ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta lisätä kaikkia koulutus- ja informaatiokanavia käyttäen. Tämä toteamus tuntuu entistäkin tärkeämmältä, kun kuntoutusasioita hoitavat yhä useammat henkilöt työntekijöiden vaihtuvuuden ja organisaatioiden uudelleenjärjestelyjen takia ja tietämys kuntoutusasioista on osoittautunut puutteelliseksi. Moniammatillisen yhteistyön lisäämisen uskoisi laajentavan kuntoutuksen suunnittelussa tarvittavaa tietämystä, ja tiedonhankintaa, myös muilta kuntoutuksen alan toimijoilta, kuten vammaisjärjestöiltä tulisi lisätä.

Kaikkea kuntoutuksesta saatavilla olevaa tietotaitoa ei käytetty hyväksi kuntoutussuunnitelmia laadittaessa. Kasvokkainen yhteistyö kuntoutuksen suunnittelussa oli työntekijöiden välillä hämmästyttävän

vähäistä. Yhteistyö tapahtui suurelta osin kirjallisen viestinnän avulla. palveluntuottajat, erityisesti avohoidossa toimivat terapeutit, toivoivat tiiviimpää yhteistyötä kuntoutujan hoito- ja suunnitteluvastuuta kantavan julkisen terveydenhuollon ja muiden kuntoutujan kanssa työskentelevien työntekijöiden kanssa. Laitoskuntoutusjaksot toteutettiin irrallaan paikallisesti toteutuvasta avokuntoutuksesta, mutta laitokset tuottivat perusteellisen arvion ja palautteen kuntoutujan tilanteesta ja antoivat kuntoutuksen suunnittelutaholle mahdollisuuden hyödyntää niitä uuden suunnitelman tekemisessä ja terapiamäärien arvioimisessa. Vaikeavammaiset kuntoutujat näyttävät olevan hyvin eriarvoisessa asemassa sen suhteen, minkälaisen tietotaidon varassa heidän kuntoutussuunnitelmiaan laaditaan.

### 7.3 Kehittämisehdotukset

Tämä tutkimus toi esille monia kehittämistarpeita, jotka toteuttamalla luodaan vaikeavammaisille henkilöille yksilöllisiä, laaja-alaisia ja tarkoituksenmukaisia kuntoutussuunnitelmia. Kiteytän tärkeimmät kehittämisehdotukset seuraavasti:

- Tulisi varata riittävästi aikaa kuntoutujan näkemysten kuulemiseen ja hyödyntää hänen kokemukseen perustuvaa tietämystään kuntoutustoimenpiteiden toimivuudesta hänen yksilöllisessä tilanteessaan.
- Kuntoutussuunnitelman laadinnassa tulisi ottaa huomioon laaja-alaisesti kuntoutujan tarpeet ja toiveet ja räätälöidä niihin yksilöllisesti sopivat palvelut.
- Suunnittelussa tulisi aikaisempaa järjestelmällisemmin hyödyntää saatavilla oleva tieto kuntoutujan elämäntilanteesta, aikaisemmasta kuntoutuksesta saaduista kokemuksista ja tuloksista sekä kuntoutuksen keinoista ja mahdollisuuksista.
- Ainakin ensimmäinen kuntoutussuunnitelma tulisi laatia moniammatillisessa työryhmässä, mutta jatkosuunnitelmien tekemisessä voisi käyttää hyväksi joustavasti kunkin kuntoutujan kohdalla tarvittavaa asiantuntemusta.
- Tulisi hyödyntää ja laajentaa kuntoutukseen erikoistuneiden työntekijöiden, kuten kuntoutusohjaajien ja kuntoutuksen yhdyshenkilöiden, työpanosta kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksen seurannassa lääkärikeskeytyksen vastapainona.
- Tulisi lisätä moniammatillisen tietotaidon hyödyntämistä ja kuntoutuksen toimijoiden välistä yhteistyötä.
- Tulisi ottaa palveluntuottajat tiiviimmin mukaan yhteistyöhön kuntoutuksen suunnitteluun välittämään tietoa kuntoutuksen etenemisestä ja muutostarpeista.
- Tulisi laajentaa kuntoutujan tilanteen kuvaus fyysisen toimintakyvyn arvioinnista kuntoutujan kokonaistilanteen kuvaukseen mukaan lukien hänen arjen toimintaympäristönsä.
- Lisätään kuntoutuksen mahdollisuuksista ja keinoista saatavilla olevan tiedon levittämistä kuntoutussuunnitelmia laativille työntekijöille.

### Lähteet

Aalto Anna-Mari, Hurri Heikki, Järvikoski Aila ym. Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Helsinki: Stakes, 2002.

Ahponen Helena. Vaikeavammaisen nuoren aikuis-tuminen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98, 2008.

Asetus Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 1661/1991.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991.

Brown John, Duguid Paul. Knowledge in organisation: A social practice perspective. Org Sci 2001; 12: 198–213.

Bruner Jerome. Actual minds, possible worlds. Cambridge: Harvard University Press, 1986.

Bruner Jerome. Life as narrative. Soc Res 1987; 54: 11–32.

Bruner Jerome. Acts of meaning. Cambridge: Harvard University Press, 1990.

Cardol Mieke, de Jong Bareld A, Ward Chris D. On autonomy and participation in rehabilitation. Disability and Rehabilitation 2002; 24 (18), 970 – 974.

Eskola Jari, Suoranta Juha. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino, 1998.

Eteläpelto Anneli. Asiantuntijuuden muuttuvat määritykset. Julkaisussa: Kirjonen Juhani, Remes Pirkko, Eteläpelto Anneli, toim. Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 1997: 86–102.

- Freire Paulo. *Pedagogy of the oppressed*. New York: Penguin Books, 1972.
- Granfelt Riitta. *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Helsinki: Suomen kirjallisuuden seura, 1998.
- Granovetter Mark. The strength of weak ties. *Am J Soc* 1973; 78: 1360–1380.
- Grönfors Martti. *Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät*. Helsinki: WSOY, 1982.
- Haarni Ilka. *Keskeneräistä yhdenvertaisuutta. Vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa tutkimustiedon valossa*. Helsinki: Stakes raportteja 6, 2006.
- Heino Tarja. Tiedon tuottamisen tilat läheisneuvonpitoprojektissa. Julkaisussa: Seppänen-Järvelä Riitta, Karjalainen Vappu, toim. *Kehittämistyön risteyskysymyksiä*. Helsinki: Stakes, 2006: 167–194.
- Heiskanen Marja-Liisa. *Henkilökohtaisen avustajajärjestelmän kaksi vuosikymmentä suomalaisessa vammaispolitiikassa*. Helsinki: Stakes, Raportteja 10, 2008.
- Hirsjärvi Sirkka, Hurme Helena. *Tutkimushaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino, 2001.
- Hokkanen Liisa, Järvikoski Aila, Härkäpää Kristiina ym. *Asiakkaan äänellä – tulkintoja ja johtopäätöksiä*. Julkaisussa: Järvikoski Aila, Hokkanen Liisa, Härkäpää Kristiina, toim. *Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta*. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 2009: 283–296.
- Hyväri Susanna. *Vallattomuudesta vastuuseen: kokemuksen politiikan sankarit*. Helsinki: Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 3, 2001.
- Hämäläinen Juha. *Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä: johdatus laadullisen sosiaalitutkimuksen ”käsityötaitoon”*. Kuopio: Kuopion yliopisto, julkaisu 2, 1987.
- Hänninen Vilma. *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Tampere: Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 696, 1999.
- Juhila Kirsi, Pösö Tarja. *Auttamisen organisaatiot ja ongelmien tulkinnot*. Julkaisussa: Jokinen Arja, Suoninen Eero, toim. *Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta*. Tampere: Vastapaino, 2000: 35–64.
- Järvikoski Aila, Härkäpää Kristiina. *Mitä kuntoutus on?* Julkaisussa: Suikkanen Asko, Härkäpää Kristiina, Järvikoski Aila, ym. *Kuntoutuksen ulottuvuudet*. Helsinki: WSOY, 1995: 12–28.
- Järvikoski Aila, Härkäpää Kristiina. *Kuntoutuksen perusteet*. Helsinki: WSOY, 2004.
- Järvikoski Aila, Härkäpää Kristiina. *Yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutus kuntoutuksessa*. Julkaisussa: Rissanen Paavo, Kallanranta Tapani, Suikkanen Asko, toim. *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim, 2008: 51–62.
- Järvikoski Aila, Karjalainen Vappu. *Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina*. Julkaisussa: Rissanen Paavo, Kallanranta Tapani, Suikkanen Asko, toim. *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim, 2008: 80–93.
- Järvikoski Aila, Hokkanen Liisa, Härkäpää Kristiina, toim. *Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta*. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 2009.
- Kallanranta Tapani, Repo Marjatta. *Terveystieteiden kuntoutuksen käytäntöjä*. Julkaisussa: Suikkanen Asko, Härkäpää Kristiina, Järvikoski Aila ym. *Kuntoutuksen ulottuvuudet*. Porvoo: WSOY 1995: 250–290.
- Kallanranta Tapani, Rissanen Paavo. *Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen tehtäväjako ja yhteistyö. Selvitysmiesten raportti*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 5, 1996.
- Kansainvälisen vammaisten vuoden 1981 Suomen komitean mietintö. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 1982.
- Kansaneläkelaitoksen ja julkisen terveydenhuollon yhteistyö vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisessä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntatiedote 17, 2005.
- Kari Anneli, Puukka Pauli. *Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma – velvollisuus vai mahdollisuus?*

- Turku: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 44, 2001.
- Karjalainen Vappu. Verkostokehittäminen – palveluparadigman muutos. Julkaisussa: Seppänen-Järvelä Riitta, Karjalainen Vappu, toim. Kehittämistyön risteyskohtia. Helsinki: Stakes, 2006: 251–268.
- Kelan etuusohjeet. Lääkinnällinen kuntoutus. 2008. Saatavissa: <www.kela.fi>.
- Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkitsemisen avokuntoutuksen standardi. Versio 5/1.1.2006. Saatavissa: <www.kela.fi>.
- Kelan kuntoutustilasto 2005. Helsinki: Kansaneläkelaitos, tilastoryhmä, 2006.
- Kelan kuntoutustilasto 2006. Helsinki. Kansaneläkelaitos, tilastoryhmä, 2007.
- Kelan kuntoutustilasto 2007. Helsinki: Kansaneläkelaitos, tilastoryhmä, 2008.
- Kelan laitospuoleisen kuntoutuksen standardi. Versio 12/26.5.2006. Saatavissa: <www.kela.fi>.
- Kelan sanomat. Vaikeavammaiset voivat vaikuttaa tulevaisuuden kuntoutukseen. Kelan sanomat 1/2007.
- Kokko Riitta-Liisa. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön tutkimuksia 72, 2003.
- Kumpuniemi Sirpa. Lapin kuntoutuksen tulevaisuus. Lääkinnällinen kuntoutus Lapin läänissä. Rovaniemi: Lapin yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja 65/2004.
- Kuntoutuksen lakiuudistus Kelan kannalta. Toimeutumisen seuranta. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Kuntoutusosasto, 1993.
- Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005.
- Leonard Peter. Postmodern welfare. Reconstructing an emancipatory project. London: Sage, 1997.
- Levinas Emmanuel. Etiikka ja äärettömyys. Keskeisiä tekijöitä Philippe Nemon kanssa. Tampere: Gaudeamus, 1996.
- Luomanen Jari, Räsänen Pekka. Tietokoneavusteisen laadullinen analyysi ja QSR NVivo -ohjelmisto. Turku: Turun yliopisto, 2000.
- Metteri Anna. Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Julkaisussa: Metteri Anna, toim. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Edita, 1996: 143–157.
- Metteri Anna, toim. Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdista kehittämisohjeiksi. Helsinki: Edita, 2003.
- Metteri Anna, Haukka-Wacklin Tuula. Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Julkaisussa: Karjalainen Vappu, Vilkkumaa Ilpo, toim. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 2004: 53–68.
- Mönkkönen Kaarina. Dialoginen työote. Vastaaaminen, valta ja vastuu vuorovaikutussuhteissa. Kuntoutus 2002a; 25 (4): 36–54.
- Mönkkönen Kaarina. Dialogisuus kommunikationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan vuorovaikutuksessa. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 94, 2002b.
- Nikkanen Pirjo. ”Oon vahvempi kuin ennen.” Pitkään työelämässä olleiden kuntoutustarinat. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 70, 2006.
- Nonaka Ikujiro, Takeuchi Hirotaka. The knowledge-creating company. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- Nylander Olli, Stähle Pirjo, Nenonen Mikko. Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä. Yhteiskuntapolitiikka 2003; 68: 3–18.
- Nyqvist Leo. Väkivaltainen parisuhde, asiakkuus ja muutos. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liiton julkaisuja 28, 2001.
- Perttula Juha. Kokemus psykologisen tutkimuskohteena: johdatus fenomenologiseen psykologiaan. Tampere: Suomen fenomenologinen instituutti, 1995.
- Peräkylä Anssi. Kvalitatiivisen tutkimuksen kohteet ja ihmiskuva. Julkaisussa: Leskinen Johanna, toim.

- Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus, 1995: 39–50.
- Pohjola Anneli. Elämän valttikortit? Nuoren aikuisen elämänselitys toimeentulotukea vaativien tilanteiden varjossa. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Acta Universitatis Lapponiensis 5, 1994.
- Polanyi Michael. The tacit dimension. New York: Garden City, Doubleday, 1966.
- Puumalainen Jouni. Kuntoutuksen historia. Julkaisussa: Rissanen Paavo, Suikkanen Asko, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 16–30.
- Puumalainen Jouni, Nikkanen Pirjo, Notko Tiina, Järvikoski Aila. Kuntoutussuunnitelman muotoutuminen. Julkaisussa: Järvikoski Aila, Hokkanen Liisa, Härkäpää Kristiina, toim. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 2009: 69–92.
- Pösö Tarja. Kun auttamistyö keskustellaan ja tutkimustulokset tiivistetään. Julkaisussa: Jokinen Arja, Suoninen Eero, toim. Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 2000: 267–276.
- Rajavaara, Marketta. Unohdettu ihminen? Asiakaslähtöisyys kuntoutuksen kehittämisessä. Kuntoutus 2008; 31 (2): 43–47.
- Rissanen Paavo. Kuntoutussuunnitelma. Julkaisussa: Rissanen Paavo, Suikkanen Asko, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 625–634.
- Roos J.P. Elämäntavasta elämäkertaan. Jyväskylä: Tutkijaliitto, 1988.
- Saastamoinen Mikko. Narratiivinen sosiaalipsykologia – teoria ja menetelmiä. Julkaisussa: Eskola Jari, toim. Hegelistä Harréen, narratiivista Nudistiin. Kuopio: Kuopion yliopisto, 1999: 165–192.
- Saikka Peppi, Karjalainen Vappu. Kohtaamisen muuttuva haaste. Pitkittäistarkastelu kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä. Kuntoutus 2007; 30 (2): 15–26.
- Salmelainen Ulla. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitostuotoissa kuntoutuksessa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98, 2008.
- Saurama Erja. Vastoin vanhempien tahtoa. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus, Tutkimuksia 7, 2002.
- Sipilä Jorma. Sosiaalityön jäljillä. Helsinki: Tammi, 1996.
- Somerkivi Pirjo. ”Olen verkon silmässä kala.” Vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Helsinki: Kuopion yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos (väitöskirja), 2000.
- Suominen Kristiina, Vuorinen Marketta. Kotihoidon arki ja etiikka. Helsinki: Kirjayhtymä, 1999.
- Tuomi Jouni, Sarajärvi Anneli. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 2002.
- Vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämis- ja tutkimushanke vuosina 2006–2013. Helsinki: Kansaneläkelaitos. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto, Kuntoutusryhmä, 2008.
- Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen myönteisen ratkaisun saaneet vuonna 2005. Sairausryhmä, sukupuoli ja ikä. Helsinki: Kelan tilastoryhmä, 2007.
- Valtionneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002: 6.
- Valtionneuvoston selonteko kuntoutuksesta. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle 7.11.1998. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1998.
- Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 9.
- Vartiainen Eija. Konsultti kehittäjänä. Julkaisussa: Seppänen-Järvelä Riitta, Karjalainen Vappu, toim. Kehittämistyön risteyskohtia. Helsinki: Stakes, 2006: 135–163.
- Vilkko Anni. Lukijaelämää. Julkaisussa: Haavio-Mannila Elina, Hoikkala Tommi, Peltonen Eeva, Vilkko Anni, toim. Kerro vain totuus. Elämäntutkimuksen omaelämäkerrallisuus. Helsinki: Gaudeamus, 1995: 157–172.
- Virta Lauri. Havaintoja vammaistuen kohdentumisesta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 53, 2006a.

Virta, Lauri. Kelan korotettujen vammaisetuuksien ja vaikeavammaisuuden määrittelyn kytkös epätarkoituksenmukainen. Kuntoutus 2006b; 29 (3): 32–41.

Williams Brian, Gordon Grant. Defining ‘people-centredness’: making the implicit explicit. Health and Social Care in the Community 1998; 6 (2): 84–94.

## Liite 1. Kuntoutujan haastattelurunko

### AIKUISTEN HAASTATTELURUNKO

#### KERRONTAOSUUS

1. Kerro omasta elämäntilanteestasi ja siitä, miten elämäsi on muotoutunut nykyisenkaltaiseksi.
2. Mikä elämässäsi on tärkeää ja mitä toivot tulevaisuudelta?
3. Kerro omista kuntoutustarpeistasi, kuntoutuskokemuksistasi ja kuntoutuksen merkityksestä elämässäsi.

#### TEEMAKYSYMYKSET

##### **Yleinen elämisen raami: elämä, elämäntavoitteet, yritykset saavuttaa omia tavoitteita, kuntoutus yhtenä keinona saavuttaa tavoitteita**

- Minkälaisia ovat haasteet ja toiveet elämässäsi?
- Minkälaiset tekijät ovat olleet merkittäviä siinä, että oma elämäsi on muotoutunut sellaiseksi kuin se nykyisellään on? Mistä saat voimaa, mikä vie Sinua eteenpäin?
- Minkälaisin keinoin pyrit toteuttamaan tämänhetkisiä toiveitasi ja haaveitasi?
- Uskotko ulkopuolisen tuen auttavan omien tavoitteidesi ja toiveidesi saavuttamisessa? Minkälaista tukea koet tarvitsevasi ja mistä?

##### **Kuntoutuksen rooli**

- Ovatko kuntoutus- ja vammaispalvelut omalla kohdallasi tukeneet arjessa selviytymistäsi, auttaneet Sinua eteenpäin elämässäsi ja omien tavoitteidesi saavuttamista?
- Mitkä asiat tai sisällöt saamassasi kuntoutuksessa ovat olleet hyödyllisiä, merkityksellisiä, onnistuneita? Mitkä ovat olleet turhia tai jopa haittaavia?
- Minkälaiset tekijät ovat olleet vaikuttamassa siihen, että olet kokenut kuntoutuspalvelun mielekkäänä ja merkityksellisenä?
- Minkälaiset tekijät ovat olleet vaikuttamassa siihen, ettet ole kokenut kuntoutuspalvelua mielekkäänä ja merkityksellisenä?
- Minkälaista kuntoutusta toivot saavasi tulevaisuudessa? Minkälaisen kuntoutuksen uskot tukevan omaa selviytymistäsi ja omien tavoitteidesi saavuttamista?

##### **Kuntoutuksen suunnittelu ja yhteistyö**

- Ovatko omat tarpeesi ja toiveesi välittyneet eteenpäin kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen?
- Miten kuntoutuksen suunnittelu ja kuntoutussuunnitelman teko on tapahtunut? Onko Sinulle tehty kuntoutussuunnitelma? Voimmeko tarkastella sitä yhdessä?
- Miten Kelan päätöksenteko, palveluntuottajan valinta ja muut asiat ovat sujuneet?
- Miten kuntoutuspalvelujen toteutuminen on sujunut?
- Onko mielipiteesi huomioitu kuntoutuspalvelun toteutuksen ja tulosten arvioinnissa?

##### **Siirtymä verkostoon**

- Miten kuntoutusverkoston (Sinä, terveydenhuolto, Kela ja palveluntuottajat) keskinäinen yhteistyö on toiminut? Onko Sinulla ehdotuksia yhteistoiminnan kehittämiseksi?
- Suostutko siihen, että voin haastatella kuntoutukseesi liittyvää verkostoa (läheisiäsi, kuntoutussuunnitelman tekijöitä, palveluntuottajia)? Keitä voin haastatella?

##### **Lopetus**

- Minkälaisia ajatuksia kyselytutkimus Sinussa herätti, entä tämä haastattelu?
- Onko mielessäsi jotakin muuta mitä haluaisit kertoa?

Kiitos!



## Liite 2. Kuntoutuksen suunnittelutahon haastattelurunko

### VERKOSTOHAASTATTELU/KUNTOUTUSSUUNNITTELU

#### 1. Yleinen yhteistyön raami/toimintakenttä

- kuvaile/kuvailekaa yhteisen toiminnan raameja, suhdettanne ja toiminnan toteuttamistapaa
- mikä on roolisi/roolinne kuntoutujan elämässä
- kuvaile/kuvailekaa yhteistyötänne ja kommunikaatiotanne
- mitä suunnitelmia kuntoutujalle on tehty (hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma)
- minkälainen on hoitovastuun ja kuntoutussuunnittelun suhde

#### 2. Kuntoutussuunnitelman rakentuminen

- miten kuntoutussuunnitelma syntyy, ketkä osallistuvat sen suunnitteluun, millä tavalla
- miten tavoitteet asetetaan, kuka ne asettaa, kuka on aloitteellinen
- mitkä tekijät ovat vaikuttaneet/minkälaisia kriteerejä käytetään suunnitelman laadinnassa
- mikä on kuntoutujan oma osuus, aloitteellisuus
- palveluntuottajien osallistuminen, palautteen antotapa ja merkitys
- suunnitelman pituus ja sen tarkistaminen
- onko suunnitelmaa ollut tarpeen tarkistaa välillä, kenen aloitteesta
- kuvaa tilanteita, joissa olette olleet erimielisiä ja neuvotelleet asioista, miten silloin toimitte

#### 3. Toiminnan ja yhteistyön arviointi

- kerro esimerkkejä onnistumisista kuntoutujan kohdalla
- kerro vaikeuksista, epäonnistumisista ja kitkakohdista
- miten kuntoutuja ilmaisee oman tahtonsa

#### 4. Näkemyksesi kuntoutujan elämäntilanteesta

- miten kuvaisit kuntoutujan elämäntilannetta eri elämänalueilla, siltä osin kuin sinulla on tietoa
- mitä reittejä saat tietoa kuntoutujan kokonaiselämäntilanteesta
- eroavatko näkemykset ja miten mahdollisissa näkemyseroissa toimitaan, jos toimitaan

#### 5. Näkemyksesi kuntoutuksesta osana kuntoutujan elämäntilannetta

- kuvaa kuntoutuksen asemaa kuntoutujan kokonaiselämäntilanteessa
- millainen on arviosi kuntoutujalle tarpeellisesta kuntoutuksesta, hyödyllisestä kuntoutuksesta tai peräti haitallisesta kuntoutuksesta
- millainen on arviosi kuntoutujan muusta palvelujen ja tuen tarpeesta
- miten kuntoutus, palvelut ja tuki toteutuvat suhteessa tarpeeseen
- kuvaa erityisesti kuntoutuksen, palvelujen ja tuen tarpeen ja toteutumisen kitkakohtia ja puutteita, mistä kitkat aiheutuu, miten niitä ratkotaan, miksi ei saada ratkaistua
- kuvaa erityisesti kuntoutuksen, palvelujen ja tuen tarpeen ja toteutumisen mutkattomia, sujuvia kohtia
- minkälaista ylitarjontaa tai -kysyntää olet havainnut palveluissa, kuntoutuksessa tai tuessa kuntoutujan kohdalla

#### 6. Yhteistyö muiden toimijatahojen kanssa

- millä tavalla teet/teette yhteistyötä muiden kuntoutujan elämänpiiriin kuuluvien tahojen kanssa, kerro/kertokaa siitä ja sen toimivuudesta, onnistumisista ja kitkakohtia
- olisiko yhteistyötä jotenkin tarpeen kehittää kuntoutujan kohdalla, miten

#### 7. Näkemykset KELAn vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta

- kuinka paljon kohtaat/kohtaatte työssäsä KELAn vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta
- miten luonnehtisit kuntoutujaa suhteessa muihin kuntoutujiin; erityis- ja ominaispiirteet, edustaako jotain tyyppiä/ryhmää hyvin vai onko harvinainen tapaus
- minkälaisia kokemuksiin perustuvia heikkouksia, kehittämisen kohteita tai ehdotuksia sinulla on vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämiseksi

- miten näet kuntoutuksen alan kehityksen
- mitkä ovat nykyisen järjestelmän vahvuudet

**8. Minkälaisia ajatuksia sinulla on vaikeavammaisten kuntoutuksen ja palvelujen kehittämiseksi?**

- hoitovastuun nykyinen porrastus

Kiitos!

## Liite 3. Palveluntuottajan haastattelurunko

### VERKOSTOHAASTATTELU/PALVELUNTUOTTAJA

#### 1. Yleinen yhteistyön raami

- kuvaile yhteisen toiminnan raameja, suhdettanne ja toiminnan toteutumista
- mikä on roolisi kuntoutujan elämässä
- kuvaile yhteistyötänne ja kommunikaatiotanne
- miten toiminta suunnitellaan, tavoitteet asetetaan, kuka ne asettaa, kuka on aloitteellinen
- miten tavoitteita tarkistetaan, palautteen anto ja työskentelyn lopetus
- kuvaa tilanteita, joissa olette olleet erimielisiä ja neuvotelleet asioista, miten toimitte silloin

#### 2. Toiminnan ja yhteistyön arviointi

- kerro esimerkkejä onnistumisista kuntoutujan kohdalla
- kerro vaikeuksista, epäonnistumisista ja kitkakohdista
- miten kuntoutuja ilmaisee oman tahtonsa
- miten kuntoutujan tyytyväisyys ilmenee
- miten kuntoutujan tyytymättömyys ilmenee

#### 3. Näkemyksesi kuntoutujan elämäntilanteesta

- miten kuvaisit kuntoutujan elämäntilannetta eri elämänalueilla, siltä osin kuin sinulla on tietoa
- mitä reittejä saat tietoa kuntoutujan kokonaiselämäntilanteesta
- eroavatko näkemykset ja miten mahdollisissa näkemyseroissa toimitaan, jos toimitaan

#### 4. Näkemyksesi kuntoutuksesta osana kuntoutujan elämäntilannetta

- kuvaa kuntoutuksen asemaa kuntoutujan kokonaiselämäntilanteessa
- millainen on arviosi kuntoutujalle tarpeellisesta kuntoutuksesta, hyödyllisestä kuntoutuksesta tai peräti haitallisesta kuntoutuksesta
- millainen on arviosi kuntoutujan muusta palvelujen ja tuen tarpeesta
- miten kuntoutus, palvelut ja tuki toteutuvat suhteessa tarpeeseen
- kuvaa erityisesti kuntoutuksen, palvelujen ja tuen tarpeen ja toteutumisen kitkakohtia ja puutteita, mistä kitkat aiheutuu, miten niitä ratkotaan, miksi ei saada ratkaistua
- kuvaa erityisesti kuntoutuksen, palvelujen ja tuen tarpeen ja toteutumisen mutkattomia, sujuvia kohtia
- minkälaista ylitarjontaa tai -kysyntää olet havainnut palveluissa, kuntoutuksessa tai tuessa kuntoutujan kohdalla

#### 5. Yhteistyö muiden toimijatahojen kanssa

- millä tavalla teet yhteistyötä muiden kuntoutujan elämänpiiriin kuuluvien tahojen kanssa, kerro siitä ja sen toimivuudesta, onnistumisista ja kitkakohtia
- millä tavalla osallistut kuntoutussuunnitelman tekoon
- onko sinun mielipiteilläsi vaikutusta kuntoutussuunnitelman sisältöön
- tulisiko yhteistyötä jotenkin kehittää kuntoutujan kohdalla, miten

#### 6. Näkemykset KELAn vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta

- kuinka paljon kohtaat työssäsi KELAn vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta
- miten luonnehtisit kuntoutujaa suhteessa muihin kuntoutujiin; erityis- ja ominaispiirteet, edustaako jotain tyyppiä/ryhmää hyvin vai onko harvinainen tapaus
- minkälaisia kokemuksen perustuvia heikkouksia, kehittämisen kohteita tai ehdotuksia sinulla on vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämiseksi
- miten näet kuntoutuksen alan kehityksen
- mitkä ovat nykyisen järjestelmän vahvuudet

#### 7. Minkälaisia ajatuksia sinulla on vaikeavammaisten kuntoutuksen ja palvelujen kehittämiseksi?

Kiitos!